

Lægelig ledelse - om at gøre en forskel

Eva Zeuthen Bentsen
Nr. 2 – 2001

FLOS centrets serie af arbejdsrapporter har et dobbelt formål. Det første er løbende at formidle foreløbige resultater fra centertilknyttede medarbejders og -studerendes projekter. Det andet er at etablere en ”fødekæde” frem mod endelige publikationer i form af artikler og bøger.

Serien er en kanal for publikationer, der har nået en forarbejdningsgrad, der gør dem egnede til ekstern præsentation og diskussion med sygehusfeltet, forskerverdenen og den interesserede offentlighed.

Som arbejdsrapporter kan udgives empiriske analyser, teoretisk-empiriske rapporter eller rent teoretiske rapporter. I serien publiceres fx

- rapporter, der præsenteres ved videnskabelige workshops og konferencer,
- teoretisk og metodisk gennemarbejdede ph.d. projektoplæg ,
- delanalyser fra projekter (fx rapporter fra pilot- eller delstudier),
- gode specialeafhandlinger (efter bearbejdning og komprimering til ca. 50 s.) der har frembragt viden om sygehusfeltet, som er af bredere interesse.

FLOS centret vil i perioden 1999-2003 gennemføre ni forskningsprojekter, der inkluderer i alt otte ph.d. forløb:

- **Sundhedsplanlægning i interorganisatorisk perspektiv (AAU)**
v/lektor Janne Seemann.
- **New Public Management (AAU)**
v/lektor Peter Kragh Jespersen og ph.d. stipendiater Hanne Sognstrup og Lise-Line Malthe Nielsen.
- **Organisering og viden (HHK)**
v/professor Finn Borum og ph.d. stipendiater: Signe Svenningen, Christina Holm-Petersen og Sidsel Vinge.
- **Forandringsprocesser og -strategier (HHK)**
v/professor Finn Borum og ph.d. stipendiat John Damm Scheuer.
- **Lægelig ledelse (HHK) (afsluttet 1.5.2001)**
v/adjunkt Eva Zeuthen Bentsen.
- **Ansvarlighed i offentlige organisationer (HHK)**
v/adjunkt Anne Reff Pedersen.
- **Dialogstyring af kvalitet og ressourcer (HHK)**
v/forskningsprofessor Preben Melander og ph.d. stipendiat Helle Hein.
- **Tværfaglig udvikling på sygehusafdelinger belyst gennem kvalitetscirkler (DSI)**
v/projektleder Jens Albæk.
- **Organisations- og medarbejderudvikling på sygehusene (DSI)**
v/cand.scient.adm. Pia Kürstein .

For yderligere oplysninger om centrets aktiviteter og forskningsprojekter henviser vi til <http://www.flos.cbs.dk>

Finn Borum
Professor, centerleder

Indhold

Kapitel 1: Introduktion	3
Kapitel 2: Metode	7
Kapitel 3: Lægelig ledelse – om at bryde med institutionaliseret adfærd	13
Kapitel 4: Lægelig ledelse – om at håndtere pres	61
Konklusion	93
Referencer	95
Oversigt over FLOS publikationer	100

Kapitel 1: Introduktion

Dette er et studie af fire klinikchefer på Rigshospitalet i København, deres arbejde med ledelsesrollen, deres opgaver og fortolkninger af de pres, som de oplever. Det er et studie af ”lægelig ledelse”, hvilket her refererer til ledelse udført af læger, rettet mod sundhedsfagligt personale og med primært fokus på lægegruppen.

Lægelig ledelse som empirisk fænomen er interessant. De lægelige ledere, der studeres her, befinder sig i spændingsfeltet mellem den overordnede og strategiske ledelse og den produktion og opgaveløsning, der foregår på afdelingsniveau. Lederne er samtidig et centralt element af en overordnet sundhedspolitisk satsning (Regeringens oplæg til strategi for sygehuspolitikken 2000 - 2002, 1999) hvor man præciserer at "*...mere effektiv ledelse - måske ikke mindst på afdelingsniveauet - er et meget vigtigt instrument i bestræbelserne på at styrke kvalitet og service samt effektivisere driften på sygehusafdelingerne.*"

Samtidig bliver der lagt vægt på, at der i fremtiden vil "*ske en entydig placering af ledelsesansvaret på alle niveauer i sygehusvæsenet*". De lægelige ledere, der studeres her, er således pionerer i forhold til en længerevarende diskussion omkring enheds- versus delt ledelse, idet de alle formelt og som led i en meget ny udvikling er udpeget som ledere for det samlede personale på den givne afdeling. Dette er et markant brud med tidligere tiders strukturerings- og ledelsestankegange, hvor delt afdelingsledelse, som lagde op til et tæt samarbejde mellem overlæger og oversygeplejersker, var normen for organisering (Bentsen 1996).

Der er ikke tidligere publiceret danske studier af, hvordan ledere, der befinder sig i dette spændingsfelt mellem produktion og strategisk ledelse, tænker og handler i relation til deres egen ledelsesopgave, hvad der er afgørende elementer i deres handlingsmønstre, og hvordan man som leder har mulighed for at etablere nye rutiner og bryde med gamle.

Gennem studiet af de lægelige ledere tegner der sig et billede af nogle konkrete brud, som de studerede ledere forsøger at foretage i forhold til nogle institutionaliserede forestillinger, og nogle brud på den ”logic of appropriateness” (March og Olsen 1989), der dominerer sygehuset og dets handlinger. Disse brud handler om en meget gradvis bevægelse væk fra en speciale- og faggruppeorientering mod en afdelingsorientering, en gradvis bevægelse mod en mere bevidst ledelsesrolle og

en bevægelse mod en mindre grad af autonomi blandt det lægelige personale og mod en større grad af eksplicitering og detaljering i forhold til det lægelige arbejde.

Bruddene med den institutionaliserede praksis på afdelingerne suppleres af et billede af de lægelige lederes ledelsesmæssige aktiviteter. Her ses dels en specialeorienteret variation, hvor de kulturelle normer og værdier i specialet spiller en rolle i forhold til de lægelige lederes aktiviteter. Lægelig ledelse er således også betinget af en grundlæggende socialisering på afdelingerne. Men aktivitetsbilledet illustrerer også, at de lægelige ledere primært reagerer i forhold til de pres, der rettes imod dem fra flere sider; når både drift og topledelse stiller krav omkring personaleledelse og organisatorisk udvikling prioriteres disse områder, mens aktiviteter, som ikke naturligt ligger inden for en lægefaglig referenceramme fx formaliseret inddragelse af patienter i beslutningsprocesser eller markedsorientering i form af opgaveændring, ikke bliver prioriteret. Endelig er det problemer frem for mål, der bestemmer aktivitetsmønsteret.

Det samlede forskningsresultat viser andre tendenser i relation til ledelsesudvikling end tidligere (Bentsen 1996, Östergren og Sahlin-Andersson 1998). De lægelige ledere i dette studie er på vej mod andre ledelsesroller, end hvad der ellers har karakteriseret fagbureaukратиets ledere (Mintzberg 1977). Denne bevægelse er i sin vorden, og de lægelige ledere, der er studeret her, udgør potentielt set institutionelle entreprenører på området.

Den følgende analyse vil nærmere beskrive de institutionelle entreprenører og deres arbejde med ledelsesrollen. Analysen vil bestå af to dele – en, der lægger vægt på at analysere, hvordan de lægelige ledere foretager brud med traditioner - og en, der lægger vægt på at se, hvilke opgaver de lægelige ledere prioriterer og sætter disse opgaver i relation til en ekstern omverden. Kapitel 3 - *Lægelig ledelse – om at bryde med institutionaliseret adfærd* - ser på, hvad der er afgørende, når de lægelige ledere i en meget institutionaliseret organisation som sygehuset, forsøger at ændre indarbejdede rutiner og tankemåder omkring opgaveløsning. *Om at bryde med institutionaliseret adfærd* sætter fokus på nogle af de konflikter, der opleves i forbindelse med ledelsesrollen, på de grupperinger på afdelingen som den lægelige leder skal forholde sig til, og på de gamle kulturelle statusmønstre og ændringer af disse. Kapitel 4 – *Lægelig ledelse- om at håndtere pres* - sætter de lægelige lederes fortolkninger, handlinger og prioriteringer ind i en policyinspireret ramme og fokuser på, hvordan forskellige typer af pres fra et

statsligt og amtsligt niveau, fra et sygehusledelsesniveau og fra driften og de ansatte på afdelingen har en betydning for de opgaver, der løses og prioriteres af de lægelige ledere. Analysen ser på hvad der bestemmer prioriteringer og på de oversættelser, som de lægelige ledere foretager, når de fortolker og forholder sig til omgivelsernes krav til deres afdelingers opgaveløsning. De to analyser indledes hver med en teoretisk perspektivering og en kort beskrivelse af den teoretiske referenceramme, der ligger til grund for analysen. Kapitel 2 redegør for den anvendte metode.

Kapitel 2: Metode

Til grund for de to analyser der præsenteres i kapitlerne 3 og 4 ligger det samme empiriske datamateriale; et pilotstudie udført på et amtsligt sygehus i hovedstadsområdet og et senere empirisk studie af fire klinikchefer på Rigshospitalet i København i januar 2000. Det empiriske studie har omfattet kvalitative interview og observationer af en dags varighed med fire klinikchefer.

Indledningsvis er de fire klinikchefer bl.a. blevet interviewet omkring deres daglige arbejde, de mest centrale opgaver og de mest tidskrævende og vanskelige opgaver. Interviewspørgsmålene fremgår af metodebeskrivelsen. Disse interview er blevet fulgt op af observationsstudier af en dags varighed og indtryk fra disse observationer er efterfølgende blevet diskuteret med de interviewede.

Indkredsningen af den overordnede problemstilling fremkom dels på baggrund af et tidligere projekt omkring sygehusledelse og mere specifikt trojkaledelsesmodellen, som illustrerede, at sygehusledelserne i deres opgaveløsning og rutiner primært var rettet mod et amtsligt administrativt niveau og mindre mod den dagligdag og de problemstillinger, der gjorde sig gældende på afdelingsniveau (Bentsen 1997). For i højere grad at kunne indfange nogle af de ledelsesproblemstillinger, som havde en afgørende betydning for patientbehandling og organisatorisk drift på afdelingsniveau, var det derfor nødvendigt med et studie, som rettede det empiriske blik mod lederne på afdelings- og klinikniveauet.

Den mere overordnede problemstilling: ”Hvilke ledelsesmæssige problemstillinger er dominerende på afdelingsniveau i en dansk sygehuskontekst?” og nogle forskellige metodemæssige overvejelser blev derfor indledningsvis testet i en empirisk kontekst. Denne testning foregik ved, at fire administrerende overlæger i et amt blev observeret i løbet af en dag og efterfølgende interviewet ved hjælp af meget åbne, delvist strukturerede interview. Projektet var karakteriseret ved en ”grounded theory” (Glaser 1992) tilgang. Pilotprojektet illustrerede dels nogle handlingsmæssige elementer, som er nærmere beskrevet i kapitel 4 omkring opgavevaretagelse og prioritering, men den afgørende iagttagelse var den sociale kontekst, som de lægelige ledere indgik i. Pilotprojektet illustrerede således,

at en efterfølgende analyse skulle konkretiseres omkring to elementer; relationer og opgaver, og at de to dele skulle studeres på forskellig måde.

Lægelig ledelsesaspekt 1 - relationerne

Relationsdelen, som var betinget af den konkrete sociale kontekst, skulle inddrage denne kontekst i analysen. Den sociale kontekst viste sig at være betydningsfuld for den ledelsesproces, der fandt sted; en kontekst, der som her var præget af en høj grad af professionalisering, indebar også mange konflikter om afklaring af ledelseskompetence. Ledelse var derfor i en sygehuskontekst ikke noget givet, det var noget, der løbende var til forhandling og diskussion. Ledelse var (også her) noget, der foregik i et rum og dette rum var afgørende for hvilke ledelseshandlinger, der er mulige og legitime, eller formuleret på en anden måde: ledelse bestemmes ikke kun af den ledende, men også af de ledede.

Det betød, at spørgsmålene til denne del af analysen dels skulle indfange de institutionaliserede forestillinger omkring ledelse, der gjorde sig gældende på en dansk sygehusafdeling, de sociale strukturer, der var afgørende, og den ledelsessituation som tidligere havde karakteriseret feltet. Dette ledte til Scotts (1995) antagelser omkring institutionelle bærere, og en afdækning af og forandringer i disse. Der blev ved de strukturerede interview indkredset

- En domæneafklaring
- En fastlæggelse af den sociale kontrol
- En fastlæggelse af det oplevede ansvar
- En identitetsdiskussion

Domæneafklaringen medførte en spørgsmålsrække, der var koncentreret omkring at definere og fastsætte, hvor grænserne går for ledelse, hvad man som leder kan ”tillade sig” og ikke ”tillade sig”, og hvor grænsen går mellem det private og det arbejdsmæssige.

En fastlæggelse af den **sociale kontrol** var centeret omkring en diskussion af, hvornår noget fastlægges som hhv. rigtig og forkert adfærd, og hvordan denne fastlæggelse finder sted. Spørgsmålene var koncentreret omkring, hvornår noget blev defineret som en fejl og hvornår, der opstod situationer, som lederen burde tage sig af. Herunder blev der også spurgt til, hvad der var umulige ledelseshandlinger, hvad der var helt illegitimt, og hvad der eksisterede af regler for acceptabilitet?

Det oplevede ansvar gik på en afklaring af, hvem den pågældende lægelige leder oplevede sig selv som leder for, hvem lederen kunne irettesætte/korrigere, hvor autoriteten var placeret og hvorfor.

Identiteten som leder blev afdækket via spørgsmål omkring, hvilken slags leder respondenterne gerne ville være, hvilke rollemodeller de havde, og hvad der var aktuelt og muligt i forhold til en rolleaktualisering.

Lægelig ledelsesaspekt 2 - opgaverne

De opgaver som de lægelige ledere vælger at prioritere er også en central del af ledelsesvaretagelsen. Det overordnede perspektiv på denne analyse var situationsfaktors indflydelse på den samlede opgaveløsning og ledernes egne fortolkninger af disse situationsfaktorer og dette pres. Analysen var således rettet mod at se på emergerende roller i en dynamisk kontekst.

Flere studier af ledelsesaktivitet har som udgangspunkt haft tidsstudier som metode. Baggrunden for ikke i denne analyse at fokusere på tid var, at pilotstudiet illustrerede, at sygehusene havde en meget høj institutionaliseringsgrad med et lille handlingsrum for den enkelte leder, og at meget af dagen var fastlagt ud fra traditioner omkring morgenkonference, ambulatoriearbejde, middagskonferencer etc. Endvidere var det særdeles vanskeligt at vurdere, hvorvidt disse ledelsesaktiviteter opfyldte et enkelt eller flere formål, og hvorvidt det var den enkelte leder som personligt havde vurderet at rutinerne var centrale for hans/hendes ledelsesproces. I denne analyse er det derfor det mulige handlingsrum, som forsøges indkredset. Analysen er således foretaget ud fra den præmis, at den ikke illustrerer en samlet tidsprioritering. Det er fortællinger omkring aktiviteter, som aktørerne selv opfatter som centrale. Den konkrete dataindsamling, som skulle illustrere de forskellige typer af pres og de lægelige leders reaktion på disse pres omhandlede tre emner:

- Identifikation af pres
- Oplevelse af kontekst og pres
- Konkretisering af ledelsesaktiviteter

Identifikation af pres er nærmere beskrevet i kapitel 4. Her blev der gennem en konkretisering af tendenser i den statslige og offentlige styring, en konkretisering af sygehusledelsens forventninger og en konkretisering af presset nedefra fremstillet

en analysemodel, som sammenfattede disse pres. Det er vigtigt at bemærke, at analysemodellens mest centrale opgave er at tilvejebringe et datagrundlag for senere at kunne rubricere nogle aktivitetstyper og aflæse nogle overordnede tendenser. Konkret opgavevaretagelse i dagligdagen vil altid imødekomme flere typer af krav, hvilket betyder, at de forskellige institutionelle pres sjældent vil optræde i rendyrket forstand i et givent aktivitetsmønster. Behandling af patientklager er både et svar på et overordnet institutionelt pres omkring retssikkerhed, men det er i lige så høj grad et svar på et krav fra sygehusledelsesniveau omkring kvalitet i behandling og pleje, og endelig er det et svar fra en produktionsside omkring ledelse af menneskelige ressourcer og sikring af faglig kvalitet.

Kontekstafklaringen var fokuseret på en diskussion af, hvilken kontekst afdelingen befandt sig i. Denne kontekstafklaring var nødvendig for at kunne etablere en diskussion af, hvorledes lederen vurderede de forskellige institutionelle pres og deres betydning. Spørgsmålene var centreret omkring, hvordan konteksten blev oplevet; hvad der var afgørende elementer i konteksten, og hvorledes problemer og muligheder blev defineret.

Konkretiseringen af ledelsesaktiviteter foregik ved, at der ved det indledende interview blev spurgt til hvilke aktiviteter, der havde været prioriteret af lederen gennem de sidste tre måneder. Derefter blev observationsdagen anvendt som datamæssigt input til endnu en rundspørge, hvor nogle af de aktiviteter, der ikke havde været nævnt i første omgang, blev kommenteret. Som også Schein (1994) beskriver, er det vanskeligt at italesætte et konkret aktivitetsmønster, og Mintzberg (1973) giver følgende eksempel på et interview med en direktør i en stor organisation:

Observer: Mr R, we have discussed briefly this organization and the way it operates. Will you now please tell me what you do? Executive: What I do? Observer: Yes Executive: That's not easy Observer: Go ahead, anyway Executive: As president, I am naturally responsible for many things. Observer: Yes, I realize that. But just what do you do? Executive: Well, I must see that all things go right Observer: Can you give me an example? Executive: I must see that our financial position is sound Observer: But just what do you do about it? Executive: Now, that's hard to say Observer: Let's take another track. What did you do yesterday?

Eksemplet illustrerer, hvordan et aktivitetsbillede primært kan indfanges via konkrete aktivitetsorienterede spørgsmål, hvilket var spørgemetodikken i dette studie.

Tolkning og datafremstilling

Indledningsvis blev alt interviewmaterialet udskrevet og den første tolkningsfase bestod i en konkret gennemlæsning af alle interviewene 3-4 gange. Derefter et forsøg på en helhedsforståelse, derefter en gruppering, både efter teoretiske emner, men også efter nye temaer og mønstre. I forhold til Blumers (1969:163) tildeling af funktioner i forhold til videnskabelige begreber og den betydning, disse funktioner har for forskerens perception, fungerede Scotts institutionelle bærere primært som en deduktiv mekanisme i analyse 1 – relationerne. Teorien fungerede her som et værktøj i forhold til at oversætte hændelser i feltet til en forskningskontekst og begrebsliggørelse. I forhold til analyse 2 – opgaverne, udgjorde de forskellige typer af institutionelle pres den primære struktureringsmekanisme, og det konkrete aktivitetsmønster blev efterfølgende relateret til disse pres. De nærmere overvejelser omkring tolkninger fremgår af de konkrete kapitler.

Kapitel 3: Lægelig ledelse - om at bryde med institutionaliseret adfærd

Valg af grundlæggende perspektiv

En grundlæggende måde at se på det, som lægelige ledere foretager sig, er at betragte ledelsesarbejdet som en mulighed for at bryde med gamle arbejdsmåder og indføre nye. Disse traditionelle arbejdsmåder kan i en sygehuskontekst karakteriseres som institutionaliserede. Institutionaliserede betyder, at arbejdsmåderne er indarbejdede, at de løbende foretages uden at man overvejer det konkrete formål med handlingen, og at de overleveres til nye aktører i organisationen uden, at der stilles spørgsmål ved dem. Den institutionelle teori interesserer sig for, hvordan disse ”taget for givet” handlinger opstår, og hvorledes vi forandrer dem (Powell & DiMaggio 1992, Scott 1995, Scott & Meyer 1994).

Institutionsperspektivet er bredt, og favner både antagelser omkring formelle strukturer, relationen mellem disse og organisatorisk praksis og organisationers forsøg på at erhverve legitimitet fra de institutionelle omgivelser. Men en af de ting, som perspektivet også har været medvirkende til at sætte fokus på, er det mere mikroorienterede niveau og hvordan, bestemte handlinger i bestemte organisationer kan karakteriseres som værende institutionaliserede, dvs. af en sådan karakter at vi ikke, som medlemmer og aktører i organisationen, stiller spørgsmål ved disse handlinger, men derimod betragter dem som helt naturlige. Disse ledelseshandlinger kan fx være daglig deltagelse i morgenkonferencen eller stuegangen, et ansvar for visitationskonferencer eller et adfærdsmønster, hvor relationerne til afdelingens læger er mere forekommende end relationerne til det øvrige personale.

Grunden til at specielt sygehuse og adfærd på sygehuse er interessant i forhold til dette perspektiv er, at sygehuset på mange måder er en organisation, som er præget af indarbejdede rutiner, som er besværlige at afskaffe, og det er vanskeligt at indføre nye. Samtidig er ledelseskonteksten ændret; der stilles krav om en højere grad af patientorientering, gennemsikrelighed og processuel forståelse, og det er tydeligt, at der i sygehusorganisationen er behov for udvikling af ny ledelsesadfærd.

På trods af, at der op igennem 80'erne er blevet indført nye ledelsesstrukturer og ledelsesmodeller, at afdelingsledelserne formelt er blevet gjort budgetansvarlige, at der er blevet indført kvalitetssikring og udviklingsprogrammer er det samtidig karakteristisk, at når det fx drejer sig om de konkrete arbejdsgange på afdelingerne (Pedersen 1999) og om koordinationsmønstrene mellem faggrupper og afdelinger, kan der identificeres en meget lav grad af ændring. En leders hverdag er præget af aktiviteter, som gennem flere årtier har ligget fast. Til eksempel kan nævnes, at klinikchefen deltager i morgenkonferencen, dernæst går til røntgenkonference, derefter går stuegang eller er i ambulatoriet, senere er på visitationskonference, og sidst på dagen ordner administrative spørgsmål (Lindén & Birk Madsen 2000).

Det institutionaliserede sygehus

Argumentationen for at tale om sygehuset som værende institutionaliseret udspringer af nogle betingelser, som generelt skal være opfyldt, for at vi kan tale om en vis institutionaliseringsgrad. Betingelserne vedrører en målsætningskompleksitet (Scott 1995: 19), en lav grad af følsomhed overfor intervention (Jepperson 1991: 148, Berger og Luckmann 1967: 80) og en høj grad af tilknytning til andre institutioner (Scott 1995: 191)

Betingelse 1 – Målsætningskompleksitet

I forhold til en målsætningsafklaring fremhæver Scott (1995: 19) at ”organizations with more precisely defined goals or with better developed technologies are less subject to institutionalization than those with diffuse goals and weak technologies”. Graden af målsætning og teknologikompleksitet anses således for afgørende; jo mere klart definerede mål, desto større organisatorisk gennemskuelighed for aktører og jo større ensretning i opfattelsen af, hvad den givne organisation skal producere og i hvilken forandringsretning, organisationen og dens aktører skal bevæge sig. Hvis vi i relation til sygehuset diskuterer og forsøger at definere mål og teknologi, viser der sig et billede af en meget kompleks organisatorisk størrelse.

I forhold til målsætninger er det offentlige sygehus præget af, at både forskning, uddannelse, behandlingen af patienter, og personalets krav til et lønarbejde er målsætninger, som i det daglige følges. Disse målsætninger kan være modsatrettede, således at handlinger, som tilgodeser et formål til tider modarbejder et andet formål.

Hvis vi ser på teknologien, er den ikke ”weak”, men kompleks og uklar. De hjælpemidler, man benytter sig af, og den sammenhæng mellem mål og middel, som man tror på, er også en uklar størrelse. Der er variationer i de forskellige specialers teknologier, hvor specielt anæstesiologi og kirurgi har klare teknologier, så repræsenterer medicin og psykiatri langt mere uklare mål-middel sammenhænge. Evidensbaseret som et kvalitetskriterium er blevet diskuteret gennem mange år, og mere grundlæggende diskussioner af hvorvidt pleje, diagnose eller behandling er det mest centrale element i forhold til at opnå en given sundhedstilstand, finder konstant sted i sygehusorganisationen. På trods af at der pt. foregår mange forsøg på at etablere en klar teknologi (DRG diskussioner, akkreditering og kvalitetsdiskussioner) er der stadig store regionale forskelle og variationer på teknologisiden i sygehusene.

Denne kompleksitet og uklarhed både på mål- og teknologisiden betyder, at organisatoriske rutiner og ledelsesadfærd som opfylder et formål, men ikke andre, får lov til at trives i lang tid fordi vurderingen af hvorvidt, adfærden egentlig understøtter organisationens mål, er så vanskelig at foretage.

Betingelse 2 – lav grad af følsomhed overfor intervention

Jepperson (1991: 150) fremhæver, at grader af institutionalisering også kan identificeres via individets mulighed for at handle ”anderledes” end en given norm foreskriver. Dette giver en institutionaliseringsgrad som er lig med den relative følsomhed, som ses i forhold til social intervention. Sygehuset er gennem flere analyser fremhævet som en organisation,

som er utrolig resistent overfor forandringstiltag (Bentsen m.fl. 1999). Graden af professionalisering er høj, traditioner og rutiner spiller en afgørende rolle for opgaveløsning, og aktørerne i organisationerne oplæres gennem hele deres uddannelsesforløb til at skulle varetage specifikke opgaver med klare grænsedragninger i forhold til andre aktørgrupper.

Betingelse 3 – høj grad af tilknytning til andre institutioner

Men også den tilknytning, der eksisterer i forhold til andre institutioner, bestemmer institutionaliseringsgraden. Det betyder, at en organisation, som er omgivet af andre veletablerede institutioner og har en tidsmæssig lang historie også vil have en højere institutionaliseringsgrad og en højere grad af resistens over for forandring. Sygehuset er som organisation dels indplaceret i et fast aftalesystem med de faglige organisationer, som gennem mange år har forhandlet løn og ansættelsesvilkår. Sygehuset er samtidig forvaltningsmæssigt indplaceret i et amtsligt og regionalt system, hvor den formelle magtfordeling mellem stat og amter ikke har ændret sig de sidste 30 år, og det hører rent regulativt under en Sundhedsstyrelse i forhold til lægefaglige spørgsmål. Institutionerne omkring sygehusorganisationen er således også veletablerede og fast forankrede i et felt, hvis magtfordeling har været konstant over en lang periode. Institutionaliseringsgraden er således høj, og én gang etablerede ledelsesrutiner og adfærdsmønstre er vanskelige at ændre. Scott (1995) leverer i sin bog ”Institutions and Organizations” et overbliksbillede af hvordan vi kan studere institutioner og hvilke aspekter i disse institutioner, som vi kan fokusere på. Scott refererer til at

”institutioner består både af kognitive, normative og regulative strukturer og aktiviteter, som giver en vis stabilitet og mening i forhold til menneskelig adfærd, og institutioner bliver transporteret eller udbredt gennem forskellige kilder: kulturer, strukturer og rutiner, og disse kilder opererer på forskellige niveauer. Institutioner er både organisationer, strukturer, adfærdsmønstre, lovgivning og meget andet, og hvad man vælger at studere nærmere afhænger af det konkrete delperspektiv og hvilken del af organisationen, som man ønsker at belyse nærmere” (oversat efter Scott 1995: 33).

Citatet illustrerer den brede tilgang, der ligger i institutionsperspektivet. I denne delanalyse er interesseområdet sygehuset, institutionaliseringsgraden og lederens muligheder for ændring. Sygehuse og deres institutionaliseringsgrad kan således dels studeres ud fra de regler, der omgiver dem, dels de normative krav, der stilles til dem og endelig ud fra de tankemønstre, som aktørerne (her lederne) i organisationen har. Sagt på en anden måde er der i enhver institution *skal*, *bør* og *kan* elementer, dvs. lovgivning som vi *skal* indrette os efter, nogle formelle regler som vi *bør* rette os efter og et indbygget tankemønster, som gør, at vi *opfatter det som muligt* at foretage nogle handlinger meget lettere end andre. I denne analyse er det mulighedselementet og her tankemønstrene og de lægelige lederes adfærd, som der fokuseres på.

Adfærd i institutioner

Forskere inden for økonomi og ledelse har gennem de seneste hundrede år indgående diskuteret adfærd i organisationer. Meget forenklet kan man sige, at de klassiske økonomiske teorier har fokuseret på adfærd som ”en calculator of pleasures and pains” (Veblen 1909, p. 245), hvor økonomerne antog, at i en given situation handlede aktører på baggrund af en

beregning af, hvor de fik mest udbytte i forhold til deres egne interesser og målsætninger. Modsat dette synspunkt fremhævede Veblen, at institutioner på mange måder var “settled habits of thought common to the generality of man”. Dvs. at der i organisationer eksisterer indbyggede vaner, som styrer vor adfærd i langt højere grad end konstante individuelle evalueringer af økonomisk hensigtsmæssighed. En af de tidligste institutionalister inden for sociologi, Cooley, fremhæver, at institutioner og individer er gensidigt afhængige og er med til at skabe hinanden, og når institutioner er så vanskelige at ændre, skyldes det, at de (kirken, skolerne, sygehusene) bliver udviklet og vedligeholdt gennem interaktion mellem individer, og at institutionerne eksisterer som “a habit of mind and action, largely unconscious because they are largely common to all the group” (Cooley 1956: 313+314). Også Parsons (1937) “Voluntaristic theory of action” omhandler dette spændingsfelt mellem frivillighed og bundethed. Parson hævder, at selvom normative ”frameworks” eksisterer uafhængigt af de individuelle aktører, er vi som forskere nødsaget til at se på, i hvor høj grad aktørerne egentlig er orienteret imod disse ”frameworks”, dvs. de rammer, som omgiver individerne i organisationen. Det betyder, at vi må inddrage individets ”orienteringsgrad”, når vi ser på dets handlinger. Jo højere orienteringsgrad, jo mere institutionaliseret. Argumentet i relation til adfærd er således, at når vi beskæftiger os med institutioner, så falder den kalkulative rationalitet til jorden, fordi aktører, placeret i institutioner anser disse institutioner og handlingsmønstrene inden for disse institutioner for at være så dagligdags og naturlige, at de er vanskelige at ændre. Det anses simpelthen som en moralsk forpligtelse at holde sig inden for disse institutionaliserede handlingsmønstre. Kort sagt: i institutioner stilles der ikke spørgsmålstegn ved mange handlinger, og den individuelle beregning af nytte foretages ikke. Forskningsmæssigt bliver ”norms of appropriateness” (March & Olsen 1976) således et mere frugtbart analytisk perspektiv, når det drejer sig om adfærd i sygehusorganisationer end ”consequential rationality”. Eller udtrykt på dansk: normbaserede forklaringer bringer os nærmere at forklare baggrunden for adfærd end forklaringer, der er baseret på individets egen målsætning og rationalitet.

Den indbyggede fastlåsthed i institutioner og handlingsmønstre i institutionerne og denne norm omkring ”passende adfærd” har gennem de senere år inden for organisationsteoretisk og sociologisk forskning primært koncentreret sig omkring professionernes rolle i dette vedligeholdelses- eller ændringsspil, og mindre omkring selve organisationens rolle (Scott 1995). Forskerne (bl.a. Freidson 1970; Abbott 1988) har primært set organisationen, og det vil her sige skoler, sygehuse, eller universiteter som bestående af koalitioner eller grupperinger af aktører med bestemte interesser, som skulle varetages.

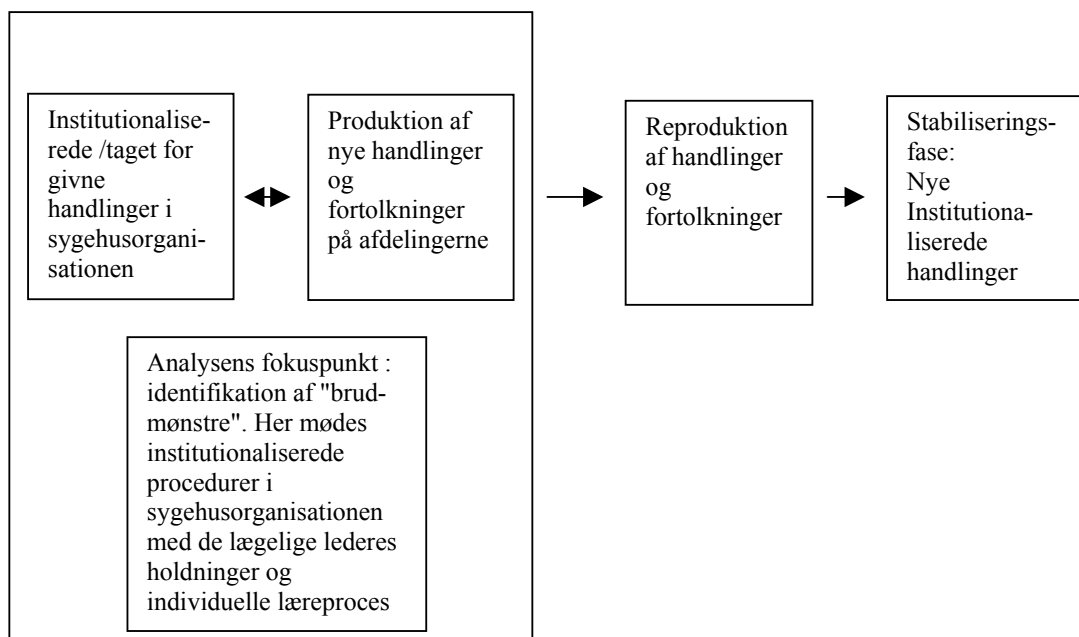
Dele af teorien omkring institution, profession og individsammenhænge erkender imidlertid samtidig (Hughes 1939: 319), at det er individer, der er bærere og mulige forandrere af disse institutioner. Og denne individfokusering retter blikket mod de lægelige ledere. De lægelige ledere er aktører, som lever under institutionaliserede vaner og rutiner, men de er samtidig i en situation, hvor de besidder en mulighed for at ændre dem.

Muligheden for at ændre de institutionaliserede vaner og rutiner foregår ud fra nogle overvejelser foretaget af den enkelte person og leder i en løbende proces. Disse overvejelser er alle fortolkninger, dvs. de er udtryk for en subjektiv opfattelse af nogle givne situationer. Disse fortolkninger er resultatet af social interaktion, der er et resultat af den pågældende leders sociale og personlige dannelsesproces, og i denne analyse er det disse fortolkninger, som er i fokus.

Figur 1 illustrerer, at muligheden for at skabe nye handlinger i en institutionaliseret organisation forudsætter et brud med de tidligere institutionaliserede handlinger og en gentagelse af disse nye handlinger før en stabilisering kan finde sted. Det er således ikke tilstrækkeligt, at en leder en enkelt gang bryder med stuegangspraksis og inddrager nye personalegrupper eller teknologiske hjælpemidler; dette brud skal gentages flere gange, før at handlingen anses over tid som den eneste rigtige måde at strukturere patientkontakt på. Processen og værdiladningen i processen er altafgørende.

Figur 1 illustrerer også, hvordan det centrale analyseelement i dette kapitel er, hvad vi kan karakterisere dels som mødet mellem institutionaliserede myter og aktorbårne holdninger og dels som mødet mellem institutionaliserede procedurer og lokale individuelle læreprocesser (Molin 1995: 85). Den følgende analyse består af en konkretisering af nogle rammer for institutionaliseret handling, og en empirisk baseret beskrivelse af ny produktion af handlinger. Disse nye handlinger er beskrevet ud fra de lægelige lederes egne fortolkninger af deres handlinger.

Figur 1: Analysens fokuspunkt: bruddet med institutionaliseret handling



Vi har nu etableret en referenceramme for at tale om forandring af institutionaliserede handling. I det følgende vil det blive diskuteret, hvordan de institutionaliserede handlinger kan synliggøres, og hvordan forandringen af disse kan studeres.

Operationalisering af den kognitive og normative søjle

- at studere adfærd og lægelig ledelse.

Analysen her handler om dette møde mellem nyt og gammelt. Men vejen til at kunne analysere og beskrive dette møde og se på, hvordan man bryder med dele af traditionel adfærd, går over en nærmere operationalisering af institutionaliseret adfærd.

Den nedenstående figur illustrerer hvordan den normative og kognitive del af den institutionelle teori hver især fokuserer på forskellige adfærdsforklaringer.

Figur 2: Institutionelle perspektiver og deres forklaring af adfærd. Oversat efter Scott 1995: 37.

Perspektiv	Normativ	Kognitiv
Dominerende adfærd betinget af	Social forpligtelse	Tagen for givet
Mekanismer	Normbaseret	Efterlignende
Logikker	Hvad der anses for ”passende”	Hvad der anses for ”rigtigt”
Indikatorer	Certifikationer og akkrediteringer	Isomorfier og udbredelse
Legitimitetsbasis	Moralsk styret	Kulturelt støttet, konceptuelt korrekt

Den normative tilgang fokuserer på, at det er organisatorisk eller professionel lydighed, som medfører, at den lægelige leder følger en bestemt regel. Her kan bestemte sociale forpligtelser fx i forhold til den lægelige profession gøre sig gældende, og betyde, at aktøren ud fra en moralsk overbevisning og tanker om korrekt adfærd i en given organisation indordner sig. Endelig fokuserer den kognitive del på elementer i organisationen, som aktørerne tager for givet og som bliver anset for værende så naturlige, at aktørerne undlader at stille spørgsmålstejn ved dem.

Det er vanskeligt at adskille den normative og den kognitive del, men i dette studie vil den normative søjle beskrive et etableret organisatorisk system bestående af værdier, autoritetssystemer og konformitet, mens den kognitive søjle i højere grad er fokuseret på individets egen meningsskabelsesproces og transformation. Den normative tilgang fokuserer på normer og værdier, som vi er bevidste om eksistensen af, og til tider forholder os bevidst kritiske eller accepterende overfor, mens den kognitive tilgang primært fokuserer på de elementer, som vi ubevidst accepterer eller forkaster. Man kan også sige, at

den kognitive del omfatter, hvordan situationer og sociale identiteter defineres (Scott 1995: xv), og at selve individets definitionsproces er et centralt element. Igennem individets fortolkningsproces skabes kategorier og konstruktion af typifikationer. Her bliver konkrete og subjektive unikke oplevelser og erfaringer løbende indplaceret i forhold til nogle mere generelle meningsdannelser, som er både objektive og subjektive virkelige. Populært sagt placeres oplevelser i ”kasser”, som er velkendte og etablerede. Gennem et kognitivt fokus interesserer forskeren sig for såkaldte ”scripts”, dvs. nogle retningslinier som er afgørende for vor meningsskabelse og måde at vælge meningsfulde handlinger på (Schank & Abelson 1977; Lord and Kernan 1987). Disse skemaer repræsenterer både konkret viden og erfaring og mekanismer til fortolkning af information.

Den kognitive søjle beskæftiger sig således med de tankemønstre, der fører til institutionaliseret adfærd, og det er de tankemønstre og brud på disse, der vil blive analyseret og beskrevet i det følgende.

I den efterfølgende figur operationaliseres hvordan både den normative og den kognitive tilgang kan analyseres.

Figur 3: Institutionelle bærere. Inspireret af Scott 1995.

	Normativ søjle	Kognitiv søjle
Kulturel bærer	Værdier, forventninger	Kategorier, typifikationer
Social strukturel bærer	Autoritetssystemer	Strukturel isomorfi, identitetsstruktur
Rutine bærer	Konformitet	Performance-programmer, tolkningskemaer

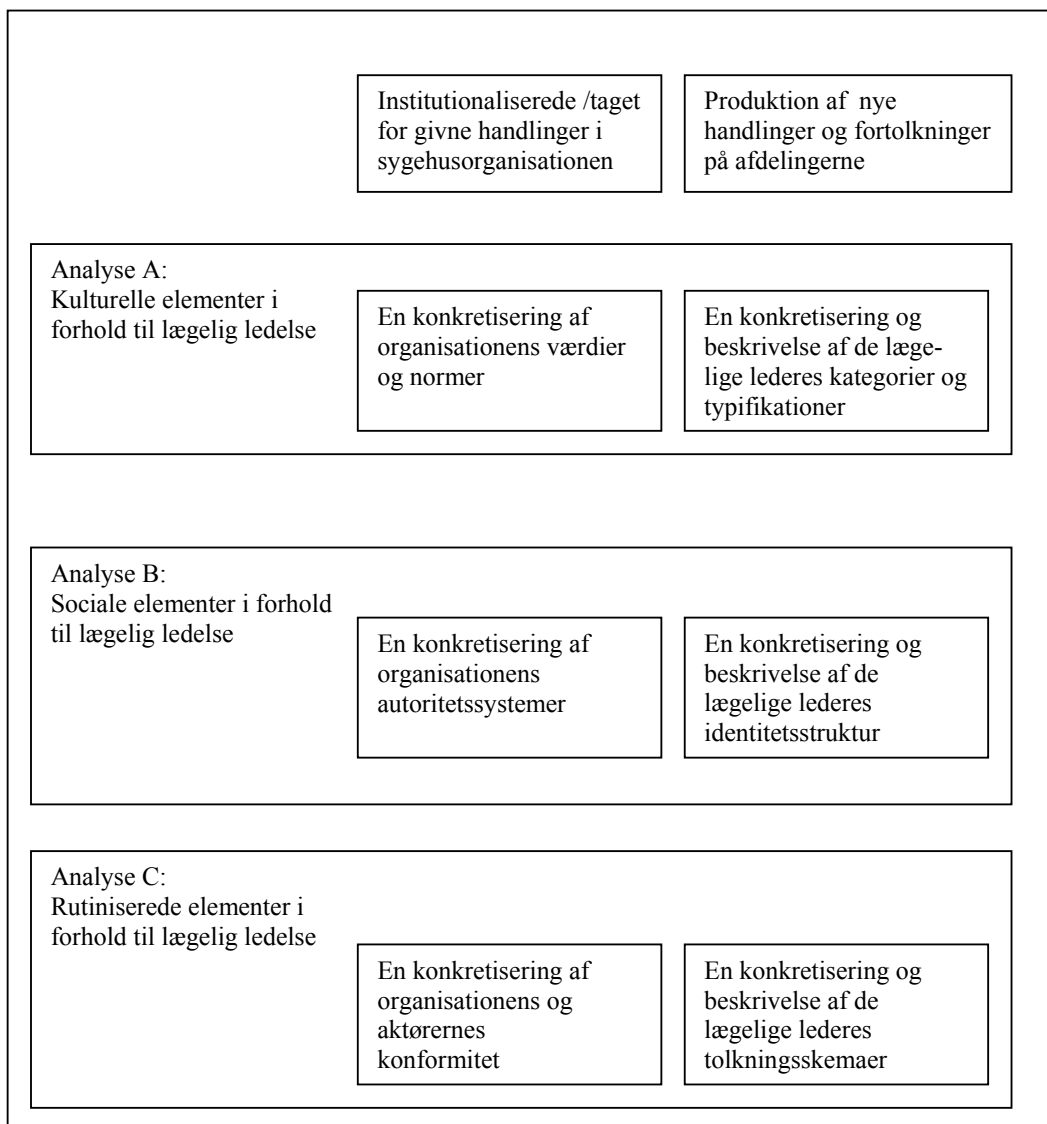
Scotts operationalisering af den normative og kognitive søjle gives gennem en fokusering på forskellige typer af ”carriers”, dvs. bærere af tankemønstre. Disse bærere rubriceres som værende kulturelle, sociale strukturer og rutiner¹. Den kulturelle del er udtryk for, at tankemønstrene opererer inden for nogle kategorier og typifikationer, de sociale strukturer skaber nogle rammer for identitetsdannelse, og rutinerne danner baggrund for nogle bestemte måder at opleve en strukturering af arbejdet på.

I relation til de sociale strukturer handler det om rollesystemer og om de netværk, der bestemmer og designer sociale positioner i organisationen, og hvordan rammer for identitetsdannelse ser ud. I relation til rutinerne identificeres opfattelser af arbejdsgange og organisatoriske rutiner og dagsplaner.

Vi kan nu etablere en model, der gør det muligt at identificere kasse 1 i figur 1: de institutionaliserede handlinger. Disse institutionaliserede handlinger, som primært er båret af værdier, autoritetssystemer og konformitet kan derfor beskrives ud fra den normative søjle i figur 2, mens de nye handlingsmønstre, som de lægelige ledere identificerer er båret af den kognitive søjles elementer i skitseret i figur 3.

¹ Hovedformålet med operationaliseringen af det kognitive element er at få etableret nogle begreber, som empirien kan struktureres efter. Konstantin Lampou (1999:16) nævner, at det kognitive begrebs hovedtyper og vigtigste egenskaber er: prototyper, strukturer og procedurer, hvilket udgør en begrebsramme, som er meget sammenfaldende med Scotts ramme.

Figur 4: Analysestruktur og teoretisk begrebsapparat



Den følgende analyse har derfor en struktur, der ser ud som følger. Gennem analyse A beskrives først de værdier og forventninger, som den lægelige ledelse forholder sig til og må bryde med og dernæst de nye kategorier og typifikationer, som de lægelige ledere indskrives i. Dernæst beskrives i analyse B de sociale strukturer, de institutionaliserede autoritetssystemer og den nye identitetsstruktur. Tilslut i analyse C beskrives rutiner, dvs. den institutionaliserede organisatoriske konformitet og pligtopførsel

samt de nye performanceprogrammer og tolkningsskemaer, som de lægelige ledere lægger op til. Til slut konkretiseres gennem hvilke processer det er muligt at bryde med institutionaliseret adfærd.

Datamæssigt er analysen baseret på både teoretiske ræsonnementer samt empiriske observationer. De teoretiske ræsonnementer anvendes til, inden for hvert institutionel bærer, kulturer, sociale strukturer og rutiner at konkretisere den institutionaliserede handling, som de lægelige ledere skal forholde sig til. Derudover italesætter de lægelige ledere også selv elementer af institutionaliseret adfærd, som de forsøger at bryde med. Dette giver os et samlet billede af "det gamle" handlingsmønster. Overfor dette konkretiseres "det nye" handlingsmønster. Dette identificeres ud fra de lægelige lederes beskrivelser af deres egen ledelsesadfærd og de empiriske baserede beskrivelse af "brudsituationen", som her er illustreret ved hjælp af interviewcitater fra de lægelige ledere. Analysen af hvert delement (kultur, social struktur og rutine) fremstår derfor som:

- en beskrivelse af rammerne for den institutionaliserede handling
- en efterfølgende beskrivelse af hvordan "brudsituationen" fortolkes

Analyse A: Kulturelle elementer i forhold til lægelig ledelse

Værdi 1. Tilhørsforholdet til en bestemt faggruppe

Kulturdelen vil tage sit analytiske udgangspunkt i en konkretisering af kategorier og typifikationer, både baseret på data fra de interview der er foretaget i forbindelse med dette studie og tidligere studier gennemført af andre forskere. De værdier og forventninger, der beskrives her, udgør ikke en samlet eller dækkende kulturanalyse af sygehusinstitutionen. De er udvalgt, fordi det er elementer, som de lægelige ledere gennem interviewene forsøger at udtrykke enten en tilknytning til eller et brud med.

De kulturelle værdier, som sygehuset igennem flere år har været indspundet i, er meget detaljeret beskrevet både i klassiske sygestudier (Georgopoulos 1972; Freidson 1970; Becker m.fl. 1997) og i danske sygestudier (Bentsen, m.fl. 1999, DSI rapport 94.11, Eriksen & Ulrichsen 1991). Den mest afgørende og dominerende værdi er tilhørsforholdet til en given faggruppe. Faggrupperne, som vedrører opdelingen i personalegrupper på sygehuset, og grupperne af læger, sygeplejersker, administratorer, sygehjælpere, so-su assistenter, portører, laboranter og andre mindre grupper, er afgørende for arbejdstilrettelæggelsen (DSI rapport 94.11) og for, hvorledes reformforsøg møder en organisatorisk praksis (Sahlin-Andersson 1999: 307). Tilhørsforholdet til en given faggruppe kan endvidere have en stigende betydning idet specialisering og teknologisk udvikling primært foregår inden for og ikke mellem faggrupperne (Sahlin-Andersson 1999: 306).

Dette centrale tilhørsforhold beskrives også i professionsteorien. Det er tydeligt, at lægeprofessionen er en fuldgyldig profession, hvor autonomi, kompetence og eneret inden for et afgrænset område, et uddannelsessystem som er adskilt fra en given organisation og eksistensen af magtfulde professionelle foreninger (Abbott 1988) giver professionen en helt speciel status (Jespersen 1996). Derimod er sygeplejefprofessionen gennem længere tid blevet betegnet som en semiprofession, som kun opfylder nogle af disse professionskarakteristika (Blomgren 1999; Hugemark 1995). Det afgørende her er ikke diskussionen omkring, hvorvidt sygeplejegruppen kan defineres som semi- eller fuldprofessionel, men det faktum at selve skillelinjen illustrerer, at de to personalegrupper både internt i sygehusorganisationen og af forskere udenfor er blevet opfattet som markant forskellige i forhold til samarbejde og opgaveløsning. Det er en meget afgørende og institutionaliseret skillelinje, hvorvidt en person befinder sig i den ene eller anden gruppe, og tilhørsforholdet bestemmer i høj grad synet på organisatorisk opgaveløsning. Dele af professionsteorien arbejder med et "jurisdiction" begreb (Abbott 1988), som er et udtryk for, hvordan interaktion mellem faggrupper og opretholdelse af tydelige grænser for hvilke grupper, der foretager sig hvad, udmøntes i både kulturel og social kontrol (Blomquist 1993) Men også på det symbolske plan er opdelingen mellem de forskellige personalegrupper markant. Der findes separate uniformer til hhv. læger, sygeplejersker og andre sundhedsfaglige grupper, der er separate karriereveje, som ikke kan krydses, og på flere afdelinger opholder personalet sig i forskellige rum afhængigt af deres faggruppetilhørsforhold.

Faggrupperne udgør samtidig kategorier med hver deres definitioner af korrekt menneskelig adfærd og aktivitet, forskellige opfattelser af sandhed og virkelighed, forhold til omverdenen og opfattelser af den menneskelige kultur (Schein 1994; Erichsen & Ulrichsen 1991). Det fremhæves endvidere (DSI 1999) hvordan det er yderst vanskeligt at udvikle nye samarbejdsstrukturer mellem de tre faggrupper og hvordan, prestige konflikter stadig spiller en afgørende rolle. Det er stadig vanskeligt for sygeplejerskegruppen at hamle op med lægegruppens dominans, som bygger på ekspertise og teoretisk viden, og som derfor også skaber et statusgab mellem de to personalegrupper. Der ses også forskellig værdimæssig orientering i forhold til det daglige arbejde med patienterne. Her betyder kategorierne, at sygeplejerskegruppen indskrives sig i en mere procesorienteret tilgang, mens lægegruppen indskrives sig i en mere målorienteret tilgang.

De ansatte identificerer sig således traditionelt langt mere med medlemmer af en given personalegruppe fremfor den organisatoriske enhed. Kategorierne er også bestemmende for ansvarsplaceringen i organisationen (Jørgensen & Melander 1992:235), idet overlæger ikke tidligere, selvom de har været ansvarlige for den samlede afdeling, har haft den personalemæssige kompetence over sygeplejerskerne. Endelig optræder tilhørsforholdet til en bestemt faggruppe som værende mest udtalt i omstillings- og ændringssituationer (DSI rapport 94.11).

At bryde med institutionaliseret praksis, - en skabelse af nye kategorier og typifikationer – Brud på værdi 1; tilhørsforholdet til en bestemt faggruppe

Sygehuset bliver på baggrund af denne dominerende værdi en organisation, som er præget af statusforskelle og hvor de fastlåste grupperinger hæmmer udviklingen af en fælles målorientering. Ønsket om et brud med denne institutionaliserede praksis ses også i de regulative krav, som der stilles til de lægelige ledere. Således foreskriver ledelsesregelsættet ², hvordan klinikchefens funktion i det store hele er overordnet koordinerende administrativ, og hvorledes en klinikchef skal varetage det overordnede ansvar og den daglige drift af klinikken.

Flere af de interviewede ledere fremhæver, at deres bestræbelser som ledere går i retning af at skabe en ny kategori, nemlig klinikken. Lederne taler bl.a. om deres ledelsesopgave som at tage et ansvar for den samlede klinik og alle personalegrupperne, og de fremhæver netop, hvordan deres ledelsesopgave ikke som det traditionelt set har været tilfældet, kun dækker lægegruppen. De siger blandt andet:

”...Ja, jeg er leder for dem alle sammen (hele personalet), men det er muligt, der er nogen, jeg er mere leder for end andre, men jeg er nødt til at være meget bevidst om dette fordi uanset, hvor jeg bevæger mig hen på afdelingen eller i organisationen, så er jeg i personalets øjne leder for dem..” (Leder 1)

og den samme leder fortsætter

² Baseret på materiale indhentet fra HS og Rigshospitalet. Der er indhentet: Stillingsbeskrivelser for læger i ledende stillinger i H:S, H:S Direktionen 21. marts 1997 (HS) Funktionsbeskrivelse for klinikchefer i Hovedortocentret (HO), Stillingsbeskrivelse for klinikchef ved Neurocentret, Psykiatrisk klinik = (NS), Stillingsbeskrivelse for klinisk fysiologisk og nuklearmedicinsk klinik under Centret for Billeddiagnostik, Informatik og Medikoteknik = (KFN)

“..jeg opfatter min ledelsesrolle meget bred. Jeg føler mig både som leder for lægerne og for sygeplejerskerne, altså hele plejepersonalegruppen og sekretærgruppen, det er faktisk alle de ansatte, som jeg føler mig som den finale leder af.” (Leder 4)

Det fremhæves også, hvordan dette betyder, at forskellige ledelsesstile skal på banen for at kunne dække de forskellige personalegrupper:

“.. ..det er noget helt andet (ledelseskompetance) når vi går over til plejegruppen eller sekretærgruppen – der er det nogle helt andre ting, man spiller på – noget af det er meget nemmere og andet meget mere besværligt, fordi der bevæger vi os fra et meget mandsdomineret over til et meget kvindedomineret område, ...” (Leder 1)

En anden leder fremhæver også denne nye definition af ledelsesfunktionen:

“..Vi er godt nok en af de større klinikker, og det er et utroligt stort sygeplejepersonale, ... og det betyder, at jeg er gået ind i et tidligt forløb af mit klinkledelse og har måttet tage vare om ledelsesproblemer i sygeplejerskegruppen da måtte jeg jo ind og løse samarbejdsproblemer og konflikter, og ved planøkonomisk tilpasning, hvor vi skulle fyre en masse plejepersonale, da sad jeg som klinikchef sammen med afdelingssygeplejerskerne...” (Leder 4)

og lederen fortsætter:

“...Så derfor har jeg opfattet mig selv som leder for alle personalegrupper og det har været en ekstrem stor mundfuld...det betyder, at når der var trakasserier i lægesekretærgruppen måtte jeg ind og være den, der løste de problemer. ... så derfor har jeg været dybt nede i sygeplejeproblematikker og sygeplejefremmødeplaner og sekretærproblemer på de mindste detaljer “ (Leder 4)

En tredje leder fortæller om, hvordan den struktur, vedkommende designede til afdelingen, brød med tidligere tiders organisering af arbejdet, hvor personalegrupperne ikke var vant til at indgå i samarbejdsgrupper, der gik på tværs af faggrupper:

“..vi lavede de her tværfaglige teams og i det koncept, der byggede vi jo en afdeling op, hvor vi havde nogle forskellige fagområder – jeg tegnede de her teamfunktioner som bjerge, og det var faktisk entydigt, hvem der var teamleder, det var kun én person, og dem havde vi fem af, og så havde vi en øvregruppe...og så tegnede jeg mig selv siddende heroppe i en helikopter og skulle se på de her mennesker. Og så lavede vi matrixen ud over det hele,

men vi har stadig de her bjerge, der går op, med både læger og sygeplejersker og fysioterapeuter, "logopæder" og hvad der måtte være af folk i denne her struktur.." (Leder 2)

Men det er også tydeligt at skellet mellem læger og sygeplejersker er meget vanskeligt at eliminere:

".. og den ledende sygeplejerske –hun hed så funktionschef – hun var ikke med i denne her helikopter, og det var fordi jeg bestyrede læger, neuropsykologer, sekretærer, socialrådgivere sådan cirka. Og så havde vi sygeplejersken, som bestyrede sygeplejerskerne.." (Leder 2)

Nedbrydningen af den grundlæggende værdi omkring faggruppertilhørsforholdet er et meget vanskeligt brud. En leder udtaler omkring det at lede hele afdelingen:

"Men meget hurtigt vil man mærke, ..at ledelsen af plejepersonalet er delegeret ud til oversygeplejersken, som ikke på Rigshospitalet sidder i afdelingsledelsen, men som selvfølgelig er med i det, vi kalder klinikledelsen, og dem jeg leder, det er primært lægerne" (Leder 3)

Og lederen, der initierede en teamstruktur, fortæller om, hvordan personlige præferencer og individrelaterede forskelle kan sætte personalekategoriseringen i kraft og skabe vanskeligheder i forbindelse med omstilling:

"Og så havde vi sygeplejersken, som bestyrede sygeplejerskerne. Men på de møder, jeg dengang holdt med lægerne for at forklare dem de her ting om, hvordan det skulle være, da var de ikke begejstrede, men det var fordi, at på det tidspunkt havde vi en meget selvstændig sygeplejerske, som gerne ville markere sig selv, Det er vigtigt.. for jeg vil så gerne ind i, at vi har afdelingsledelse snarere end todelt afdelingsledelse, og jeg vil gerne kalde det en fælles afdelingsledelse, hvor vi 'merger' de her ting, for jeg mener, det er vigtigt, at vi hænger meget sammen. " (Leder 2)

Her er det tydeligt at bruddet i forhold til faggruppekategoriseringen foretages på ledelsesplanet og i forhold til, hvordan ledelsesrollen defineres. Men det er også klart, at det er vanskeligt at få dette "brud" implementeret og spredt ned i organisationen, hvor netop faggruppeopdelingen er en meget institutionaliseret og legitim kategorisering.

Men også inden for de enkelte faggrupper eksisterer der underordnede kategorier eller typificeringer, som er afgørende for kulturen og fortolkningen af korrekt adfærd. Lægerne er ikke en samlet gruppe, og lægegruppen på det enkelte sygehus kan ikke opfattes og defineres som en homogen gruppe. De kategorier, som kan konkretiseres i forhold til eksisterende litteratur og i forhold til interviewene med de ledende læger, omfatter primært to kategorier inden for lægegruppen; de forskellige specialer og skellet mellem overlæger og ikke fastansatte læger. Denne opdeling ses på det strukturelle plan i de forskellige faglige organisationer, som dominerer lægeverden og i forekomsten af de forskellige medicinske selskaber.

Værdi 2; tilhørsforholdet til et lægeligt speciale

Specialerne er afgørende for det faglige tilhørsforhold, som lægerne indgår i, og de er afgørende for den status, der er knyttet til forskellige afdelinger og klinikker på sygehuset. Specialetilhørsforholdet oparbejdes på et meget tidligt tidspunkt i lægernes uddannelsesforløb (Lindén & Birk Madsen 2000), idet videnskabsfeltets struktur danner basis for strukturen i lægeuddannelsen. Videnskabsfeltets struktur er karakteriseret ved at have en høj grad af specialisering, nogle fast etablerede specialer, en apparatorientering og et fastlagt paradigme. I det klassiske studie af Becker m.fl. (Becker, Geer, Hughes and Strauss 1997) beskrives det endvidere, hvordan de forskellige lægefaglige specialer vurderes af årgange af amerikanske medicinstuderende. Her er det afgørende kriterium for valg og vurdering af speciale "intellectual breadth". Den intellektuelle udfordring vurderes efterfølgende at være højest i specialet neurologi, og den konkrete klassificering og prioritering er følgende:

Figur 5: Lægefaglige specialer vurderet efter grad af intellektuel udfordring, listet i prioriteret rækkefølge (fra Becker m.fl. 1997: 409 - 414).

Speciale:	Procent af medicinstuderende, som vurderede den intellektuelle udfordring som positiv:
Neurologi	87
Intern medicin	71
Neurokirurgi	25
Obstetrik og Gynækologi	14
Dermatologi	13
Kirurgi	13
Pædiatri	8

Og danske beskrivelser af statusmønstre viser et billede, som, baseret på et andet datagrundlag, nemlig Rigshospitalet, har lignende træk. Jørgensen (1992:237) karakteriserer det således: "...lægerne er opdelt i faglige statushierarkier, hvor de, der sidder placeret i toppen, er kirurger og medicinere på de mest centrale sygdomsfeltet (jo tættere på døden jo vigtigere), hvilket betyder at hjerte-kar specialet ses som meget fint, mens neurologi og onkologi indtager en 2. plads. Derefter kommer hjælpefunktionerne. Der er historiske årsager, som også spiller en afgørende rolle i forhold til denne specialeopdeling; opdelingen imellem medicinere og kirurger stammer tilbage fra 1600-tallet, hvor medicinere var teoretisk uddannede, mens kirurgerne var mesterlæreuddannede, og primært virkede som fattiglæger, idet der ikke var sat offentlige takster på deres arbejde. I 1839 blev de to uddannelser sammenlagt, idet der formelt blev oprettet en enhedsuddannelse (Blomquist 1993)

Når de forskellige lægelige specialer hver især opfatter sig som en gruppering inden for det lægelige arbejde, betyder det, at samarbejdet mellem grupperne vanskeliggøres. Det betyder, at det er vanskeligt at få samarbejdet omkring patientforløb, som involverer flere forskellige specialer, til at fungere, et problem som bl.a. er påvist i en analyse af medicinsk centerdannelse i H:S (Lindermann & Palmhøj Nielsen 2000). Her konkluderes det, at nogle specialer er mere "fine" end andre, hvilket medfører specialekampe og vanskeliggør samarbejdet. Strauss m.fl. (1997:101) fremhæver, at netop væksten i specialer og den tilhørende teknologiske specialisering har været medvirkende til at gøre sygeforløbet endnu mere belastende for patienterne og har kompliceret plejearbejdet. Strauss nævner, at patienter må transporteres fra den ene maskine til den anden, og den medicinering, der gives for at teknologien kan fungere, udgør endnu en belastning. Hvordan de lægelige ledere dels oplever denne kategorisering og dels forsøger at bryde med den beskrives i det følgende.

Brud på værdi 2: tilhørsforholdet til et givent speciale.

Specialetænkningen er således en afgørende værdi i sygehussystemet, og kategoriseringen gør det bl.a. vanskeligt at tænke i patientforløb, der går på tværs af personalegrænser. Dette illustreres af nedenstående eksempel, hvor en af de lægelige ledere udtaler:

”.. alle de der specialer, de går jo fløjtende fint (når de kører selvstændigt) og giver styrtende med penge, ... og det er knæ og hjerteklapper og øje og nyre, men drejer det sig om en ældre patient – det er et andet eksempel på tværgående, og det er måske endnu værre, fordi det ikke er så interessant, en ældre patient med kronisk bronkitis og angina pectoris med nogle dårlige ben og noget gigtforandring og få dem samlet igennem et eller andet system, det er der ikke nogen, der gider...” (Leder 3)

Af interviewene fremgår det også, at dette specialetilhørsforhold er meget afgørende for identitetsdannelsesprocesserne på sygehuset. En leder fortæller om arbejdsområderne, der ligger inden for vedkommendes arbejdsområde:

“..jeg synes, jeg fik – det tror jeg også nok, de andre vil sige – de områder, der havde været lavest prioriteret i (min afdeling). Kræften og intensiv og transplantationer, det havde været nok lidt højere prioriteret, det kan jeg godt tillade mig at sige, af den tidligere afdelingsledelse...” (Leder 1)

Men det er også tydeligt at bruddet med denne kategorisering ikke kan foretages på klinikniveau. Her er det centerdirektørniveauet, som er istand til at sætte forholdet mellem de forskellige afdelinger på dagsordenen. En af de lægelige ledere beskriver det således:

“Hjerter plejer at rangere højest, men det synes jeg, vi er kommet meget godt igennem med, specielt de senere år, hvor der også er kommet fokus på de andre grupper, det må jeg sige, ..med den centerledelse ..vi har haft og vores centerdirektør, det har hjulpet betydeligt med hensyn til fokus på mine subområder, men det har også været en proces, som jeg har lagt mig meget på sinde.” (Leder 4)

Dette underbygges også af Lindermann og Nielsens (2000) iagttagelse af, hvordan et nyt hierarkisk niveau kan hjælpe i en proces, hvor man ønsker at styrke et samarbejde mellem underliggende afdelinger.

Men det brud, som de lægelige ledere, der er dette projekts genstandsfelt, er orienteret mod, er bruddet med kategoriseringen inden for grenspecialer og kvistspecialer; dvs. inden for de konkrete specialer, der er knyttet til afdelingen:

”.. Det (samarbejdet mellem specialerne på afdelingen) har jeg .. opfattet sideløbende som en .. vigtig proces, fordi der er jo også interaktioner mellem dem i subgrupperne og i grupperne imellem. De fire subområder har fagligt ikke ret meget til fælles – en cystisk fibrose på 45 år har ikke ret meget med et nyfødt barn med en medfødt hjertelidelse, (hvilket nødvendiggør denne fokus fra lederens side)... “ (Leder 4)

Bruddet med de lægelige specialer, som en afgørende kategorisering er således også et træk i de observerede lægers ledelsesmønstre.

Analyse B: Sociale elementer i forhold til lægelig ledelse - En konkretisering af organisationens autoritetssystemer

I sygehusorganisationen findes sociale strukturer, som er båret af kønslige, faglige og hierarkiske placeringer, som alle giver det enkelte individ nogle mere overordnede rammer at positionere sig selv inden for.

Disse sociale strukturer er også medvirkende til at skabe institutionaliseret handling; de sociale strukturer skaber handlingsmønstre, som er legitime og som aktørerne forventes at følge. Men netop ledelsesrollen og den position, som de studerede lægelige ledere indtager, er et brud på de traditionelle sociale strukturer og autoritetssystemer på sygehuset. Det har gennem mange år været en sideordnet overlægegruppe, som var ansvarlig for den enkelte afdeling, og alle overlæger blev betragtet som ligeordnede. Eriksen og Ulrichsen (1991) beskriver, hvordan rollen som lægelig chef er vanskelig, fordi der er mange kollegiale hensyn at tage, og den enkelte afdeling er opbygget hierarkisk, hvor overlægen har stor magt over de yngre læger. De sociale strukturers betydning kan også identificeres i forhold til lægernes karriereforsøg; de yngre læger er stærkt afhængige af overlægernes goodwill til støtte og vejledning i forsknings- og karriereforsøg. Metaforen, som anvendes omkring forholdet mellem overlægegruppen og de yngre læger er “fars drenge”. Vi har således en konsekvensfyldt og institutionaliseret social orden - den hierarkiske struktur på afdelingen.

*Den hierarkiske struktur på afdelingen,
- fra kollegialitet til hierarki*

Den hierakiske struktur på afdelingen består af en gruppering af de lægelige grupper. Nederst i hierarkiet er de lægestuderende, som kun kommer på afdelingen i forbindelse med deres uddannelse og praktik ophold. De lægestuderende tilhører ikke afdelingen, men udgør en separat gruppe. De ankommer og forlader konferencen i flok, de placerer sig fx ikke ved konferencebordet, når der er morgenkonference³, men i omkredsen af bordet, de deltager ikke i diskussionen, og de indgår ikke i den faste bemandingsplan eller i fastlagte stuegangsprocedurer. Over de lægestuderende er gruppen af turnuslæger. Turnuslægerne tilbringer halve år på to forskellige afdelinger, inden de kan kvalificere sig til at blive reservelæger. Reservelægerne er oftest ansat på afdelingen i en såkaldt uddannelsesstilling af ca. et års varighed. På niveauet over reservelægerne er 1. reservelægerne. 1. reservelægerne er færdige med deres speciallægeuddannelse, og når de ansættes i en fast stilling, bliver de afdelingslæger. Over afdelingslægerne er overlægerne placeret og over overlægerne den lægelige chef. En lægelig chef beskriver det således:

“... altså selvfølgelig er der et hierarki inden for lægegruppen, da reservelægerne er under 1. reservelægerne og 1. reservelægerne er under overlægerne, og inden for overlægerne er der også et vist hierarki, ... “ (Leder 3)

Det beskrevne hierarki har eksisteret gennem de sidste 40 år, men først i løbet af de senere år, er det via formelle regler blevet fastlagt, at den lægelige chef har det overordnede ansvar for behandling og diagnose på afdelingen. Dette skel i overlægegruppen mellem personer, der tidligere var formelt set sideordnede, er vanskeligt at ændre. En lægelig chef beskriver:

” .. helt konkret, så er det noget med, at hvis man er en gruppe overlæger, der er jævnaldrende, der har siddet sammen og så én er blevet gjort til chef, så er man jo stadigvæk jævnaldrende, og man er stadigvæk ikke specielt meget chef i forhold til de andre...” (Leder 1)

og lederen fortsætter:

“.. det er også noget med i øjeblikket, så er man som klinikchef inde i en virkelig besværlig situation, fordi man på den ene side har en hundredårig tradition for, hvordan overlæger gebærder sig, frihedsgrader og hvordan de bliver ledt eller ikke ledt og på den anden side har vi et politisk administrativt system, som nu pludselig vil have enormt styr på, hvad de her læger går og laver. Og så bliver du sat ind som klinikchef lige midt i det der brændpunkt og skal prøve på at forlige tingene og få begge sider til at være tilfredse og få tingene til at fungere samtidig” (Leder 1)

³ Observationsstudie, januar 2000.

Denne historiske tradition for at overlæger er sideordnede betyder at ledelsesrollen opleves som ekstra vanskelig, når der også er generationsproblematik involveret. En leder fortæller om arbejdet med udviklingsplaner og medarbejdersamtaler i relation til overlægegruppen:

“..når jeg snakker udviklingsplaner for dem, og det vil de gerne have, ..., ja der skulle jeg jo lige over en hurdle og skulle sidde og snakke med en læge, som da jeg var kursist herinde, havde været min overlæge og som er 15 år ældre end mig.... ..det var sådan lige en af de små barrierer, ...” (Leder 4)

og en anden lægelig leder fortsætter:

“Der (mht. overlægegruppen) har jeg været igennem meget – jeg startede som afdelingslæge, ..jeg er jo 10-15 år yngre end dem, jeg leder, .. jeg ved, at de havde accepteret, at jeg blev klinikleder, men jeg havde været her i 4 måneder og så skulle jeg jo være chef for på daværende tidspunkt for to overlæger i klinikken – det er de to ældste, de var her – og det har da været en proces..” (Leder 2)

Konkret opleves det som vanskeligt at få overlægegruppen til at ændre adfærd og rutiner:

“.. jeg oplever det, som om jeg har sværere ved at få de der ældre (overlæger) til at passe arbejdet. De er jo gode læger, men de har en helvedes masse andre ting (som de orienterer sig imod) ...når jeg selv har gået stuegang, så skal jeg faktisk også ned og rydde op bagefter...” (Leder 3)

2.5.6 Brud på de sociale strukturer og autoritetssystemer; skabelsen af nye identitetsstrukturer

Det er tydeligt at ledelse ikke er en proces, der finder sted i et tomt rum. Ledelse er noget der forhandles løbende, det er noget som konstitueres gennem et samspil med de ledede og resultatet af disse processer er en given specifik og kontekstbestemt positionering. En lægelig leder fortæller om denne proces i relation til overlægegruppen:

“..jeg vil hellere vende det om og pege på den gruppe, der retter sig mindst efter mig – det er overlægegruppen, og jeg vil ikke engang sige, at de retter sig mindst efter mig, for sådan oplever jeg det ikke, men de giver mig ledelsesmæssigt et kraftigt modspil,og det er forskellige ledelsessituationer afhængig af, om jeg har overlægegruppen eller jeg har den øvrige lægegruppe eller om jeg har plejegruppen. (Leder 1)

Og i relation til et muligt ønske om adfærdsændringer i overlægegruppen:

“...Jeg kan udstikke en lodret ordre og sige, at sådan vil jeg have det og jeg vil ikke diskutere det, og det vil jeg kunne slippe af sted med over for 1. reservelægerne og reservelægerne, og *i ekstremerne* (egen kursivering ezb) ville jeg også kunne gøre det med overlægegruppen, men det ville forudsætte – i 99% af tilfældene - at der havde været en forudgående diskussion, og at man var nået til et forum, hvor man siger, at nu gider vi ikke diskutere det her mere, vi bliver ikke enige og nu bliver det bare sådan. Det er det der med, at fordi vi er meget jævnaldrende, har meget fælles også fagligt mange af os, så skal grænsen hele tiden prøves af – hvor langt accepterer jeg egentlig, der bliver gået...” (Leder 1)

Og at den historiske tidsfaktor og den konkrete gruppe af personer der ledes spiller en afgørende rolle for ledelsesstilen, beskrives af en anden lægelig leder:

“...jeg oplever også, når man snakker ledelse inden for vores område, et af de store skismaer, der opstår, er de store stærke videnskabsfolk, som har bidraget med noget, det er tit nogle - ikke firkantede, - men stædige personer, som jo ifølge sagens natur mener, at de selv må have ret, uanset hvad andre siger, for det er den måde, de har vundet videnskabeligt på, ved at have ret, men det går bare ikke mere. I år 2000 skal vi lede en gruppe professionelle mennesker. Det bliver du også nødt til at finde dig i, dels at der er en hel anden slags værdier og faglighed og ting og sager på spil i relationer, dels at der skal være plads til nogle andre opgaver og en tredje ting, at du skal være villig til at ændre nogle strømninger” (Leder 3)

Denne samspilsmetafor, som her præsenteres som afgørende, både i forhold til forståelse og beskrivelse af ledelsesadfærd fremhæves også i Kristensen m.fl. (1999) studie af dansk ledelsespraksis. Her fremhæves det bl.a., at analysens tyngde skal flyttes til selve ledelsesfeltet (dvs. den aktørkreds som ledelsen finder sted indenfor), for at kunne undersøge, hvordan nogle ledere udstyres med autoritet og ressourcer til at udøve ledelse. Ledelse skal således studeres under hensyntagen til specifikke meningssammenhænge, og modsætninger mellem den lokale ledelsespraksis og ledelsespraksis i forskellige institutionelle sammenhænge bør studeres nærmere, hvis vi ønsker at begribe noget mere generelt og teoriudviklende omkring ledelsesbegrebet. Den lægelige leder her må altså specifikt forholde sig til en stadig strategisk konstitution af aktører og kontakter, som led i en

identitetsdannelsesproces, hvor “begivenheder og handlemuligheder forestilles og selekteres af ledelsesfeltets aktører” (Kristensen m. fl. 2000). Det betyder, at lægegruppen, her primært overlægegruppen, konstant diskuterer og positionerer sig overfor hinanden, og at den lægelige leder må være meget bevidst omkring denne proces og udfaldet af den. De begivenheder, som man koncentrerer sig om i dette ledelsesfelt, tyder på at være koncentreret omkring begivenheder, som har en eksemplarisk karakter i organisationen, fx morgenkonferencer. I det nedenstående beskriver en leder, hvordan konstitutionen af aktørerne, dvs. forholdet mellem overlægerne internt samt overlægerne og den lægelige leder, udgør et vigtigt markeringspunkt for vedkommende:

“jeg har holdt meget fast i – prædikatet overfor overlægegruppen, at jeg vil ikke acceptere, at de sidder og skændes ved konferencen. Overlægegruppen er enig ved konferencerne uanset om vi er enige eller ej – vi kan sagtens diskutere, det er ikke det, men vi skændes ikke. Hvis de skal skændes, så har vi vores overlægsmøder og der må de skændes lige så tosset, de vil, men de gør det ikke over for den samlede stab, det vil jeg simpelthen ikke acceptere, og det ved de godt....” (Leder 1)

Konstitutionen af aktører udgør et brud med det tidligere hierarki og det er tydeligt, at de lægelige ledere er i en proces, hvor der skal skabes en ny social orden. Den nedenstående figur illustrerer de to sociale ordner. Den første kolonne illustrerer det gamle hierarki og den tidligere sociale orden, hvor overlægerne var sideordnede. Men inden for dette sideordnede hierarki fandtes små “kongedømmer”, hvor den enkelte overlæge var enerådig og overordnet i relation til sit eget specifikke gængs speciale. Anden kolonne illustrerer den nye sociale orden, som nogle af de interviewede ledere bevæger sig imod, nemlig en orden hvor det nuværende regulative formelle regelsæt giver de lægelige ledere det overordnede ansvar for hele afdelingens behandling og pleje og derved lægger op til en revision af forholdet mellem aktørerne. Disse aktørgrupper skal nu fra den lægelige leders side tilskrives nye positioner. Et centralt element i denne konstituering af en ny social orden, er at den ændrede positionering mellem lægelig leder og overlægerne ikke kun ændrer forholdet mellem leder og overlæger, men også ændrer overlægernes positionering i forhold til de andre læger på afdelingen.

For at magt kan være legitim på et givent niveau i den sociale orden, må den også legitimeres på andre niveauer. For at hierarkiet og den nye sociale orden kan fungere, må overlægegruppen fraskrive sig deres tidligere ret til at være indbyrdes uenige og påtage sig en mere harmoniseret fælles position over

for de næste lag i hierarkiet: reservelægerne og de yngre læger. At bevæge sig fra en kultur og en social orden, som er præget af ligeværdighed og synlig legitim uenighed til en social orden, som er præget af hierarki og ledelsestænkning, sætter spor langt ned i systemet.

Figur 6: Mod en ny social orden i lægegruppen

Lægelig personalegruppe	Tidligere social orden	Ny social orden
Lægelig leder	Sideordnet med overlægegruppe "primus inter pares"	Leder af den lægelige personalegruppe
Overlæger	Sideordnede med hinanden som gruppe. Overordnede som individer i forhold til deres eget faglige grespeciale.	Underordnede i forhold til den lægelige leder, men gruppemæssigt overordnet i forhold til den øvrige lægegruppe
1. reservelæger	Underordnede ⁴	Underordnede
Reservelæger	Underordnede	Underordnede
Turnus og uddannelseslæger	Underordnede	Underordnede

Hvordan man når til denne mere hierarkiserede og mindre kollegiale fælles position, beskrives af den pågældende lægelige leder således:

“ (den indbyrdes uenighed blandt overlægerne)det kan være til vores centerrådsmøder, og til vores klinikchefmøder, hvor vi mødes hos (centerdirektøren) alle sammen og til vores overlægemøder – der kan jeg sagtens gå til den og gå meget hårdt til den. Men når vi har med personale på flere niveauer (i lægegruppen at gøre), når vi går ud (fra disse møder) så vil jeg forvente, at man er loyal over for hinanden - og det er langt fra altid, at jeg får min vilje – men vi får diskussionen, kender hinandens positioner og vi bakker alle sammen op om den beslutning, der er blevet truffet...” (Leder 2)

Den nye sociale orden er altså et brud med den institutionaliserede orden på flere områder. Dels i forhold til den lægelige leders rolle og magtposition i forhold til overlægerne. Her er det nu vigtigt at markere en overordnet position og at bryde med den traditionelle autonomi. En lægelig leder fortæller:

“...jeg har slæbt de stakkels mennesker gennem kommunikationskurser i år og det mødte jo modstand og de gamle læger, nogen, som bare havde været overlæge nogle år (var meget imod dette red.) - men det var en lodret ordre, det skulle de og det er klart, at det var problematisk at sælge det på den måde...” (Leder 2)

Den samme lægelige leder fortsætter, og fremhæver i det følgende netop hvordan konstitueringen og symbolikken omkring hieraki og ledelsesfokus bør sætte sig igennem hele vejen ned i hierarkiet:

“...forrige år havde vi faktisk et problem med de her mellemledere (de ansvarlige for teamstrukturerne) sådan rent ledelsesmæssigt og så var der et fællesseminar, hvor jeg klart oplevede det som om at de ting, vi havde arbejdet med (skulle der følges op på)... og da skulle XX (den øverste chef) jo fremhæve, at nu var de (mellemledere) blevet ledere, han skulle ligesom have sagt alle de her ting og det gjorde han ikke – det var virkelig en nedtur .. direktøren sagde det ikke “ (Leder 2)

Den strategiske konstitution af forholdet mellem overlæger og leder bliver også, som beskrevet af Kristensen m.fl.(1999) et led i en identitetsdannelsesproces. Denne proces indebærer et meget omdiskuteret dilemma i relation til den lægelige ledelsesopgave; nemlig den lægelige leders faglige versus ledelsesmæssige kompetence.

Skabelse af identitetsstrukturer: Den lægelige leders faglighed

Dilemmaet mellem det kliniske arbejde og den mere generalist orienterede ledelsesrolle er belyst i flere rapporter omkring lægelige ledere. Östergren og Sahlin-Anderson (1998) fremhæver i deres studie af svenske lægelige ledere, at for hovedparten af disse ledere er det yderst centralt at fastholde det kliniske arbejde samtidig med, at de arbejder med deres ledelsesmæssige opgaver. Llewellyn (2000) karakteriserer fænomenet at befinde sig i brændpunktet mellem klinikken og det faglige samt det administrative politiske niveau, som en ledelsesposition, der metaforisk beskrives som en “two ways window” ledelsesposition. Metaforen skildrer, hvordan et aktivitets- og tankemønster blandt kliniske ledere i sygehusorganisationen ser ud og konkluderer, at netop den professionelle ekspertise, som kræves for at kunne se den ene vej ud af vinduet mod produktionen, er yderst central for ledelsesrollen.

⁴ Data på 1. reservelæger og reservelægernes rolle er meget begrænsede. Interviewmaterialet tyder dog på, at de lægelige leder spiller en mere overordnet rolle overfor disse lægegrupper end det tidligere har været tilfældet.

Dette underbygges også af Lindén og Madsen (2000: 61,66 og 97), som fremhæver, hvordan deres observationer af klinikchefer viser en tæt sammenhæng mellem lægefaglighed og ledelse.

De lægelige lederne her beskriver også, hvordan netop den lægefaglige ekspertise er afgørende for at kunne indtage den magtposition, som det formelle regulativ lægger op til:

“ Helt fra starten har det været meget vigtigt for mig, hvis jeg ligesom skulle bevare – jeg ved ikke hvordan man kan sige – accepten af at være leder i en meget svær opstartfase, så var det meget vigtigt, at jeg beholdt en faglig profil, hvor specielt overlægegruppen accepterede, at jeg kunne noget, nogle af dem ikke kunne, så jeg også kunne passe min faglige del af det. “ (Leder 1)

En leder fortæller om den respons, vedkommende fik på en måling blandt de ansatte omkring vedkommendes lederevner:

“.. Ja det var noget med information og engagement og faglig kunnen – vi var vel hele vejen rundt ..– de kan godt se, at vi henter succes – de ved jo godt, at vi er en god afdeling. Vores vision er jo, at det skal være den bedste (specialenavn) afdeling.. vi har et højt fagligt niveau og det er jo alligevel det, der tæller for dem (lægerne på afdelingen), det er, at de føler, patienterne bliver håndteret ordentligt, at vi kan stille de rigtige diagnoser og behandle patienterne ordentligt...” (Leder 2)

og

“...Der er også nogle ting, som jeg selv prioriterer, altså jeg prioriterer fx meget min faglighed – den er en vigtig del af min ledelse også – altså det er vigtigt for mig, at jeg ikke er dummeper, der sidder henne i hjørnet og ved ikke noget, kan ikke være med i den faglige debat. Jeg vil gerne være god fagligt også...” (Leder 1)

Og en anden leder fortæller:

“..Jeg bruger enorme ressourcer på personalekonflikter – det kan simpelthen rigtigt give mig ondt i maven og søvnløse nætter ... – men det er meget, meget sjældent, at jeg møder faglige problemer, hvor jeg føler mig presset ud, hvor jeg ikke kan bunde..” (Leder 1)

Lægefagligheden giver legitimitet og en magtposition, som anerkendes. Men datamaterialet illustrerer også, at lægefaglighed og accept af ledelseshierarki er modsatrettede eksistenser, som er vanskelige at forene. Et centralt kriterium i

en kultur, der lægger vægt på faglighed, er retten til at være uenige, hvorimod det afgørende i en mere hierarkisk kultur er lederens ret til at træffe en beslutning. En anden lægelig leder fortæller om, hvordan “råben og skrigen” hører sammen med et sideordnethedsprincip:

“...altså jeg opfatter mig fagligt på samme niveau som de andre overlæger – jeg ved godt, at jeg har en administrativ baggrund, men fagligt er jeg jo på niveau med dem – og hvis vi sidder i ledelsesgruppen, så er jeg jo også fagligt med i den – der er jo ikke nogen over og under og vi kan råbe og skrike ad hinanden...” (Leder 4)

Men det er ikke givet at fagligheden følger lederpositionen, en leder beskriver fx, hvordan vedkommende primært bruger sin organisatoriske kompetence i diskussioner:

“ Altså jeg er jo ung på den måde at jeg skulle (på et tidligt tidspunkt) ind og lede nogle gamle meget højt specialiserede fagpersoner, men jeg er jo aldrig gået ind og har diskuteret deres faglighed - man kan gå ind og problematisere den måde, de strukturerer deres samarbejde og organisation af deres arbejde og jeg har kunnet formidle nogle ting, de ikke selv har kunnet formidle...” (Leder 4)

Det er gennem interviewene tydeligt, at bruddet på de sociale strukturer er mest markant i forhold til overlægegruppen og den tidligere positionering mellem lægelig leder og overlæger. Den resterende gruppe af læger har også tidligere indtaget en mere underordnet position, som kan overleveres i den nye hierarkisk orienterede sociale orden, men det er i forhold til overlægegruppen, at der skal markeres nye positioner. Denne markering finder sted igennem konkrete handlinger; via forudgående diskussioner hvor det præciseres, at “man optræder enige overfor den øvrige lægegruppe” og via personlige samtaler med overlæger, som via deres adfærd ikke anerkender den lægelige ledes position.

Det sidste eksempel på denne positioneringsproblematik, hvor et utilsigtet brud på den etablerede position (den lægelige ledes overordnede faglige position) ses i det følgende uddrag af et interview.

Interviewer:

“ Jeg lagde mærke til at på middagskonferencen, da fremlagde XX en journal, hvor han mente – lød det i hvert fald som om – at der var begået en fejl. Men det viste sig så, at det var dig, der havde ordineret behandlingen Er det altid sagen, der bestemmer, hvad der bliver fremlagt, og er det ligegyldigt, hvem der har været pennefører på den givne ting? Det lød nemlig, som om det kom bag på XX, at det var din beslutning, da vedkommende valgte at stille spørgsmålstejn ved beslutningen? “

Lægelig leder 1:

“.. XX ville ikke have fremlagt den, hvis XX havde sat sig ind i, at det var mig, det er jeg ret sikker på. Nej, det er ikke ligegyldigt, hvem der har været pennefører, det er bestemt ikke ligegyldigt. Altså det er usædvanligt, hvis man tager sager op, som har været frem- og eller planlagt af en af de andre overlæger.”

Analyse C: Rutiniserede elementer i forhold til lægelig ledelse - en konkretisering af organisationens konformitet

Det sidste element i forhold til institutionaliseret adfærd vedrører hvad Scott karakteriserer som organisatoriske rutiner. Begrebet dækker strukturerede aktiviteter i form af habitualiseret opførsel og rutinerne reflekterer mange gange den “tavse” viden, dvs. viden som aktørerne ikke er bevidste om, at de besidder, men som er vaner og procedurer der er baseret på ikke artikuleret viden (Scott 1995:54). Hvis vi i en sygehuskontekst ser på rutinedelen i forhold til de lægelige lederes arbejde og på den tavse viden, der ligger til grund for disse rutiner, ses et billede af en organisation præget af meget indarbejdede arbejdsprocedurer. En typisk dag på afdelingerne, uanset specialets karakter, består af en morgenkonference, hvor de patienter gennemgås, som er blevet indlagt i løbet af det seneste døgn. Derefter er der røntgenkonference, hvor det seneste døgnns billeder gennemgås af røntgenlæger på røntgenafdelingen, og derefter er der stuegang eller ambulatoriearbejde. Omkring klokken 12 er der middagskonference, hvor mere komplekse patientforløb, diagnoser eller behandlinger diskuteres i lægegruppen, og eftermiddagen er præget af patientsamtaler, møder og andre aktiviteter. Gennem disse rutiner og gennem de lægelige lederes tale om disse rutiner og arbejdsgange udkrystaliseres sygehuslægenes kognitive forestillinger omkring rutiner og aktørernes egen forholden sig til fastlagte rutiner og ”adfærdsskemaer”.

To fortolkninger i relation til arbejdsstrukturering optager de lægelige ledere. Den første kan karakteriseres som den institutionaliserede autonomi, den anden som forkærligheden for det akutte arbejde.

Arbejdsprocesforestilling 1: den institutionaliserede autonomi

Det er tydeligt, at på alle niveauer i lægepyramiden besidder den enkelte læge en høj grad af autonomi i forhold til sit eget arbejde. Dette er et klassisk karakteristikum for den lægelige profession (Jespersen 1996) og denne autonomi oparbejdes også under studietiden (Becker m.fl. 1997: 341). Samtidig er autonomien et udbredt karakteristikum inden for professionelle bureaukratier (Mintzberg 1977: 190, 195). Det er heller ikke indarbejdet i sygehusets egne rutiner, at et patientforløb diskuteres i en større gruppe, medmindre det initieres af en læge på afdelingen. Som det blev illustreret i det førnævnte eksempel er visse aktørgruppers dispositioner “fredede” og diskuteres eller ændres ikke. Selvom morgenkonferencerne er tænkt som fora for en mere kollegial diskussion af lægelige beslutninger, bevirker selve formen (tilstedeværelsen af 20 læger) at diagnosticeringer og behandlinger, som ikke er optimale, har vanskeligt ved at blive diskuteret åbent og uden at det bliver ubehageligt for den person, som er ansvarlig for det pågældende forløb. Korrektur i sygehusystemet og på morgenkonferencer får på grund af de etablerede korrektionsrutiner meget let karakter af kollegial udstillen, hvilket er medvirkende til, at en sådan korrektion kun sjældent foretages.

Det nedenstående eksempel⁵ fra en morgenkonference på et sygehus i provinsen illustrerer, hvordan denne korrektion af adfærd ikke finder sted, hvordan autonomien er udtalt, og hvordan en lægelig disposition (læsning af CTG) ikke diskuteres åbenlyst.

Ved morgenkonferencen er afdelingens læger samlet. Der er ikke plads til alle ved det store aflange konferencebord, så de lægestuderende, oversygeplejersken og afdelingssygeplejerskerne er placeret på stole langs vinduer og vægge. Ved bordet sidder den administrerende overlæge for enden, ved siden af denne de andre overlæger eller professorer, og langs siderne af bordet sidder 1. reservelægerne og de yngre læger. Konferencen er struktureret omkring en gennemgang af weekendens patienter. Det er vagthavende, der gennemgår de enkelte patienter, deres sygdomsforløb, deres nuværende status og omkring bordet kommenteres og spørges der løbende til, hvad der karakteriserer diagnose og behandlingsforløb. Den tredje patient som gennemgås er en 40-årig førstegangsfødende kvinde. Kvinden er kommet ind i weekenden, og har i løbet af weekenden født et dødfødt barn. Fostret har været dødt i nogle dage i moderens mave, men forældrene har først fredag mærket mindre liv og tog derfor på sygehuset, hvor det konstateres, at fostret var dødt. Fremlæggeren refererer, at der ved en rutinemæssig kontrol en uge tidligere er blevet foretaget en CTG (en måling af fosteraktivitet), som intet unormalt har vist. En af de andre læger kommenterer denne måling og er ikke enig i læsningen. Derefter går man videre til den næste patient.

Det ovenstående case illustrerer en del af den kognitive ramme i forhold til sygehusets rutiner og performanceprogrammer. I forhold til disse rutiner og arbejdsprocesser ligger der i sygehussystemet en grundlæggende forestilling omkring autonomi og kollektiv ansvarlighed. Denne kollektive ansvarlighed har blandt andet afgørende betydning, når der skal indføres patient-læge kontinuitetsprogrammer (Lampou 1995), men også erfaringer i det danske sygehussystem med performanceprogrammer, kvalitetssikring o.lign. viser nogle af de samme tendenser (DSI rapport 1994). Autonomien i forhold til lægernes opfattelse af deres eget arbejde udgør en grundlæggende antagelse i sygehussystemet, og selvom mange læger oplever, at de arbejder under en stigende grad af restriktioner (Hoff & McCaffrey 1966), opleves autonomien i forhold til det kliniske arbejde og beslutninger i forbindelse hermed stadig som høj. Hoff og McCaffrey refererer til, at det kliniske arbejde af flere aktører opfattes som en "kunstart", der ikke kan kontrolleres eller vurderes ud fra objektive kriterier.

De lægelige leder oplever hver især, hvordan den institutionaliserede autonomi og kollektive ansvarsnorm er afgørende for opgaveløsningen:

⁵ Observationsstudie efterår 1999.

“...det er meget vigtigt, – og der er mange af de yngre læger, der ikke er vant til (hvor de kommer fra red), at man tager fat i dem, hvis de ikke gør det godt nok. De er ikke vant til at blive taget fat i og få at vide, at det der, det skal du altså gøre bedre, og at det gør vi ikke på den og den måde her osv....” (Leder 1)

Den kollektive ansvarsstruktur medfører også en uklarhed omkring, hvem der er involveret i de konkrete patientrelaterede beslutninger:

“.. Det (opklaringen af hvem der har besluttet et givent forløb) kunne man måske have klaret ved en telefonkontakt og den, der har fået beskeden, har ikke skrevet det i journalen og så kan det fortone sig, hvem der i virkeligheden har været involveret..” (Leder 2)

Og en lægelig leder fortæller om en af de typiske personale småsager:

“...Så er der to, der lige er oppe og toppes.. det kan være XX, som nu igen har glemt et eller andet og sygeplejerskerne, der er gået i selvsving over vedkommendes distræthed..” (Leder 3)

Det billede, der viser sig af den institutionaliserede autonomi og dennes betydning, er præget af manglende stillingtagen til både de ledende lægers og de ikke ledende lægers arbejde. Organisationen er både præget af en hakkeorden og et hierarki, der betyder, at den enkeltes læges ansvarlig og faglighed på overlægeniveau ikke er til diskussion – men også den kollektive ansvarsstruktur i hele afdelingen betyder, at den enkeltes arbejde ikke evalueres i åbenhed. Samlet set medfører sammenfaldet af både hierarki og kollektivitet, at intern kritik generelt set får en illegitim karakter i sygehusorganisationen.

Brud på arbejdsrutine 1: den institutionaliserede autonomi

Flere af de lægelige ledere ønsker et brud på denne institutionaliserede autonomi og manglende opfølgen. En af de lægelige ledere beskriver sin egen rolle i dette forløb således:

“... hvis man skal have afdelingen til at køre, så er jeg selv nødt til at være ude og se, hvad der foregår, og jeg er også nødt til at markere, at der er nogle grænser for, hvad man vil acceptere af fagligt niveau og det kan man ikke gøre bag et skrivebord. Man er nødt til at være ude i felten. Så jeg tror, at hvis man vil holde den faglige standard og ligesom gøre specielt de yngre opmærksomme på, at de bliver altid kigget i kortene.... De får at vide, hvis det ikke er godt nok – så er du nødt til at markere på en eller anden måde..”(Leder 1)

Hvordan disse markeringer finder sted overfor hele personalet fortæller vedkommende:

“Jeg har tænkt over nogle ting og så prøvet at lægge nogle ting om. Det der jeg sagde om små markeringer – ikke noget med at slå folk hårdt i hovedet, men sådan små markeringer.... Det kan være sådan noget med, at sygeplejersken om morgenen ikke har udført den ordination, som der er blevet givet – i stedet for at jorde hende, så at sige: ”Det vil vi ikke have en anden gang!” (Leder 1)

En anden lægelig leder fortæller om, hvor svært det er at fastholde denne kontrollerende rolle i forholdet til de ansatte:

“..Det er også det (med kontrollen) - de yngre læger siger, det er hårdt, men folk er til tider slemme til .. at være upræcise, men tonen her er meget god med hensyn til at sige ting og det synes jeg også er vigtigt. Men mit hovedproblem som leder ligger, når det drejer sig om netop at få det konkrete dagligdags til at fungere optimalt, at holde fast og få kontrolleret og checket, det er jeg ikke altid så god til...” (Leder 3)

og

“.. Men det, som man alligevel bliver belært om, er, at man skal længere ned med hensyn til kontrol og følge op med implementeringen, det sker ikke bare ved at skabe vilkår, selv ikke på det der rimeligt avancerede plan, og selv ikke med meget interesserede folk.” (Leder 3)

Bruddet med den institutionaliserede autonomi er vanskeligt. Interviewmaterialet illustrerer, at bruddet dels kræver et personligt mod til at udspørge de yngre læger, og at fagligheden er nødvendig for at kunne foretage denne udspørgen. En lægelig leder fortæller om, hvordan der udspørges:

“ Man må være utrolig konkret og præcis i sin udspørgen .. der er også de yngre læger, ja....de bliver lidt forskrækkede i starten, når de kommer her, når jeg tager dem til side og siger, at sådan gør vi altså ikke her. De bliver hørt på stuegangen og spurgt helt konkret: ”Hvordan vil du løse det her problem?” .. Jeg opfatter det ikke sådan, at de føler sig skræmt af det, men de er ligesom klar over, at der er nogle ydre rammer. Til sammenligning i forhold til plejegruppen, der mener jeg også, det er meget vigtigt, at man på en eller anden måde markerer en standard og nogle rammer for, hvad man vil acceptere, for ellers så går det hele op i hat og blå brillur...” (Leder 1)

De lægelige lederes brud på den institutionaliserede autonomi foretages således gennem handlinger i form af samtale, udspørgen og en høj grad af konkretisering i forhold til detaljer. Bruddet kræver en detailorientering fra lederens side, et personligt engagement i denne detailorientering og en tilstedeværelse ude i feltet - på afdelingen og i ambulatoriet.

Arbejdsprocesforestilling 2: Forkærligheden for det akutte arbejde

Den anden kognitive forestilling omkring arbejdsstrukturering vedrører den måde, som aktørerne

prioriterer forskellige typer af opgaveløsning på. Det er tydeligt, at forkærligheden for det akutte arbejde er et kendetegn for lægegruppen. Strauss (1997) beskriver, hvordan denne "akut-kærlighed" slår igennem i flere forskellige typer af sygehusorganisationer, og Becker m.fl. (1997) argumenterer for, at specialernes statusmønster afhænger af hvilken grad af "redning af liv", som specialet kan tilbyde. Selve konceptet omkring lægeligt ansvar er rettet mod, at patienten er i fare for at miste livet, og at det sande arbejde for en læge er at redde disse truede liv (Becker m.fl. 1997: 316). Og hvis dette aspekt ikke er tilstede i det lægelige arbejde, så oplever lægen, at en central del af "physicianhood" bliver overset. Strauss (1997) argumenterer endvidere for, at en stor del af sygehusets aktivitetsbillede vedrører kronisk sygdom, og at sygehuset ikke er indstillet på at håndtere dertilhørende aktiviteter overfor de traditionelle billeder og dertilhørende aktiviteter af det akutte sygdomsforløb. Dette ville i givet fald også vedrøre ledelsesopgaven og betyde, at ledelsesopgavens traditionelle aktiviteter, fx planlægning, rutineudarbejdelse, designet koordination og kommunikation ikke passer ind i billedet af det "rigtige" lægearbejde, og de institutionaliserede forestillinger omkring dette arbejde. Det betyder, at det arbejde, der er forbundet med akut sygdomsvaretagelse (rutine 2: forkærligheden for det akutte arbejde, indebærende her og nu handling, improvisation og løbende samarbejde mellem faggrupper), prioriteres fremfor ledelsesopgavens mere administrative og ledelsesmæssige forpligtelser.

Brud på en institutionaliseret rutine: det akutte arbejde som prioriteret

I datamaterialet ses, hvordan de lægelige ledere arbejder på at få lægegruppen til at interessere sig for opgaver, som er centrale, men ikke akutte i deres karakter. På en af de observerede afdelinger er der hængt en kopi op på opslagstavlen af en statistik, som viser, hvor mange dage det gennemsnitligt tager at sende epikriser⁶ fra sygehuset og ud til den praktiserende læge. Opgørelsen er foretaget i forhold til de enkelte afdelinger. Afdelingen, hvis opslagstavle kopien er placeret på, ligger i midten i forhold til sygehusets andre afdelinger. Den lægelige leder har påtegnet kopien nederst med sætningen: "...room for improvement !!!" – en retorisk teknik (Fiol, Harris & House 1992) der illustrerer, hvordan lederen forsøger at iscenesætte en kultur, der er avanceret (det internationale sprog), mulighedsfyldt (room) og forbedrende.

⁶ En epikrise er en sammenfatning af, hvad der er sket i forhold til en patient på sygehuset. Epikrisen består af diagnoseresultater, behandlingsbeslutninger mm. Epikrisen sendes til den praktiserende læge.

Denne lægelige leder fortæller om, hvor svært det er at få lægerne til at følge sagerne helt til dørs og få skrevet de konkrete epikriser:

“..Ja, vi er i gang med at rydde hele afdelingen op – det er den proces og der er noget, der irriterer mig i den grad, det er at de (overlægerne) ikke bare (gør tingene færdige).. men det er jo, fordi der er nogle andre ting, der kommer i vejen, og så ryger dét bagest i køen, der ikke er så vigtigt, men når vi bliver opgraderet – der mangler endnu en sekretær – så er der ingen undskyldning. Så når sekretærene er der, kan vi få styr på lægerne.” (Leder 2)

Den lægelige leder nævner selv, hvordan forkærligheden for de “syge” mennesker dominerer arbejdsprioriteringen:

“....Ja det er det klart at hvis man står og patienten er blevet ekspederet og så kommer den næste patient, ja så tager man sig af det – man tager sig af de syge mennesker – (men man prioriterer ikke epikriserne) jeg tror, det er derfor, men vi arbejder på at få det vendt om – det (arbejdet med epikriserne) skal jo gøres og vi kan lige så godt gøre det med det samme..” (Leder 2)

Ligesom forsøget på at ændre den institutionaliserede autonomi kræver et stort personligt engagement, så kræver arbejdet med epikriserne også, at lederen synliggør, at dette er noget, som prioriteres:

“.. det var helt klart min intention den dag (på et møde hvor der skulle diskuteres epikriser), at jeg ville stå frem den dag som en, der virkelig ønskede den der epikrise. Vi kommer til at holde flere møder omkring den – Men igen er det jo mig, der skal gøre de her ting, det er mig, der har taget initiativet.” (Leder 2)

Det er tydeligt at det er i detaljen og forkærligheden for detaljen, der spiller en afgørende rolle i forsøget på at bryde elementer af den institutionaliserede autonomi. Det er "markeringer", der foretages, det er registreringer af adfærd, og det er et personligt og vedvarende engagement fra lederens side. På et af de sekretærmøder, hvor der skal diskuteres epikriser, møder kliniklederen op med lister over tidligere vedtagne arbejdsplaner, nye formål og ansvarsbeskrivelser. En af de observerede ledere var således på stuegang og blev fulgt af en yngre læge. Der var endnu ikke fastlagt et behandlingsforløb og under fastlæggelsen af dette blev den yngre læge af klinikchefen spurgt, hvilken medicinering han ville foreslå. Den yngre læge foreslog et præparat, som tilsyneladende var det korrekte. Efter dette blev vedkommende bedt om at give en mere præcis angivelse af den relevante behandlingsperiode. Den

yngre læge angav "nogle dage" og blev derefter bedt om nøjagtigt at svare på, hvilket antal dage og give en begrundelse for denne beslutning.

Konklusion analyse 1

De interne brydninger - mod nye kognitionsstrukturer

Den ovennævnte beskrivelse har illustreret nogle af de kognitive rammer inden for hvilke, de lægelige ledere arbejder. Gennem de lægelige ledes diskurs tegner der sig et billede af en tidligere kognitiv ramme og en ny kognitiv ramme, som figuren her sammenfatter.

Figur 7: Fra et tidligere kognitivt lægeligt ledelsesbillede til et nyt.

	Gammel	Ny
Kulturelle kategorier	Faggruppekategorien Specialekategorierne	Afdelings- og klinikkategorien
Social struktur	Det kollegiale styre	Situationsbetinget og til tider mere hierarkisk styring
	Lederen som bærer af en faglig identitet	Lederen som bærer af en faglige og ledelsesmæssige identitet
Rutiner	Den institutionaliserede autonomi, selvkontrollen	Den institutionaliserede ledelses kontrol
	Forkærligheden for det akutte	Forkærligheden for det detaljerede og planlagte

Den ovenstående beskrivelse har fokuseret på hvilke konkrete brud, de studerede ledere forsøger at foretage i forhold til nogle institutionaliserede forestillinger og brud på den "logic of appropriateness" (March & Olsen 1989), der dominerer sygehuset og dets handlinger. Men det interessante her er ikke kun hvilke konkrete brud, der foretages, men i lige så høj grad hvordan disse brud foretages og gennem hvilke processer. Hvad er det for nogle elementer, som er afgørende for, at de lægelige ledere opfatter behovet for ændring af disse kulturer, sociale strukturer og rutiner, og gennem hvilke processer er

det muligt at definere nye kulturer, strukturer og rutiner? Konklusionen er struktureret som en analyse af Scotts tre delelementer, dvs. en fokusering på hvordan institutionaliserede kulturelle kategorier, sociale strukturer og rutiner kan brydes.

De kulturelle grupperinger - en skabelse af nye kategorier

Faggruppekategoriseringen er karakteriseret ved at have en meget høj institutionaliseringsgrad. Det mønster, som kan identificeres i forhold til de lægelige lederes evne og mulighed for at identificere og bryde med de institutionaliserede handlinger, viser, at brud på faggruppekategoriseringen dels er et bevidst brud, et brud der kræver symbolske markeringer og et brud, der indebærer skabelsen af en ny og alternativ kategori: klinikken. Netop skabelsen af en ny kategori er et centralt element i bruddet. Klinikken er en kategorisering, som bliver et alternativ til faggrupperne, fordi kategorien kommer til at udgøre en samlende enhed for faggrupperne. Via denne nye kategorisering bliver modparterne de andre klinikker og ikke de andre faggrupper. Klinikken er samtidig en ikke "ladet" kategori, den erstatter afdelingsbetegnelsen, som er en del af en tidligere retorik omkring organisering og strukturering, og dette symbolske islæt spiller en afgørende rolle.

Hvis vi ser nærmere på de lægelige lederes meningsdannelse omkring ledelse og omkring brud i forhold til institutionaliserede rutiner, så giver denne meningsdannelse os et billede af det "room for choice" som de lægelige ledere oplever. De kognitive rammer tager alle udgangspunkt i nogle fælles referencerammer (Swindler 1986) og i at der er en relation mellem kultur og kognition. Igennem de lægelige lederes kognitive billeder ses nogle fælles kulturelle referencerammer og ud fra disse vælges elementer, når de lægelige ledere danner sig deres eget billede af hvad, der er legitim og naturlig ledelsesadfærd i en given situation. Det betyder, at kognitive mønstre udgør de selektionsmekanismer hvormed der vælges fra kulturens værktøjskasse (Martin 1992) - som de enkelte aktører i organisationen kan forholde sig til.

Måden at forholde sig til de fælles referencerammer bliver gennem kognitive processer, som åbner nogle valgmuligheder. DiMaggio (1997) skelner mellem "automatic cognition", dvs. at man rent automatisk og i forhold til nogle eksisterende og dominerende "kasser" forholder sig til de oplevelser, man møder, og "deliberative cognition", dvs. at man bevidst og i hvert enkelt tilfælde forsøger at vurdere, hvordan man tankemæssigt skal reagere overfor oplevelser. Automatisk kognition kendetegnes derfor ved at være hurtig og mindre reflektiv og betyder, at man som lægelig leder i høj grad er bærer af en fælles kultur og videreformidler af denne. Modsat er bevidst kognition eksplicit, verbaliseret og mere langsom.

Det kognitive mønster, som her kan iagttages hos de lægelige ledere, er primært eksplicit og verbaliseret. Der ses en grad af opmærksomhed mod elementer i dagligdagen, som udtrykker en vis

utilfredshed med de tidligere kognitive rammer, som man ønsker at ændre. Det udtrykkes, hvordan man opfatter sin egen ledelsesrolle som en position mellem nogle kognitive skemaer, som ikke umiddelbart er forenelige, og at dette skaber en motivation for at ændre på forholdene.

En lægelig leder sig fx:

“.... det er også noget med i øjeblikket, så er man som klinikchef inde i en allerhelvedes besværlig situation fordi på den ene side, så har en hundredårig tradition for, hvordan overlæger gebærder sig, frihedsgrader og hvordan de bliver ledt eller ikke ledt og på den anden side, så har vi et politisk administrativt system, som nu pludselig vil have enormt styr på, hvad de her læger går og laver og så bliver du sat ind som klinikchef lige midt i det der helvedes brændpunkt og skal prøve på at forlige tingene og få begge sider til at være tilfredse og få tingene til at fungere samtidig..” (Leder 1)

Vi har således en ”schema failure” (DiMaggio 97), hvor de eksisterende skemaer (at overlæger kan foretage sig hvad de vil) ikke passer ind i det skema, man som klinikchef oplever, at man indgår i.

For at kunne foretage brud er det centralt, at de lægelige ledere er i stand til at udtrykke en opmærksomhed omkring sociale regler, hvis de ønsker at ændre disse regler. Denne opmærksomhed er ikke af en teoretisk og struktureret karakter, men refererer til en generel ”knowledge-ability”, altså evne til at tilegne sig ny viden (Giddens 1984: 21). og en ”bevidsthed omkring sociale regler, der først og fremmest udtrykkes i en konkret og praktisk samvittighed”⁷. Også Berger og Luckmann (1966: 83) fremhæver, hvordan denne sociale videns evne er afgørende, men ikke struktureret og teoretisk idet ”the primary knowledge about the institutional order is knowledge on the pre-theoretical level”.

De sociale strukturer

- en løbende forhandling af grænser og magtbaser

Teoretisk kan de lægelige lederes adfærd og deres brud på institutionaliseret adfærd relatere sig til flere pointer. Den første teoretiske pointe handler om relationen mellem institution og individ, og de rammer for identitetsdannelse, der etableres i institutionen. Det handler om, hvordan vi er istand til at forklare de brud, som vi ser, ud fra de lægelige lederes individuelle evne til ”agency” – dvs. til selv at iscenesætte handlinger, som får en videre betydning for handlingsmønstrene i organisationen eller hvorvidt, det kan forklares ud fra de ændringer i de institutionelle omgivelser, som giver lederen en

⁷ Giddens: “awareness of social rules, expressed first and foremost in practical consciousness, is the very core of that ”knowledge-ability” which specifically characterize human agents”.

formel mulighed for at iscenesætte dagsordener, som er legitime og som derfor ikke udfordres i den daglige organisatoriske rutine.

Den første iagttagelse går på at ”agency implies power” (Giddens 1984). Det betyder, at handlingerne og bruddene med den institutionaliserede rutine og de tidligere handlingsmønstre forudsætter en vis hierarkisk positionering i organisationen. En lægelig leder taler om, hvordan vedkommende ventede med at forandre rutiner, hvis eksistens vedkommende var opmærksom på inden vedkommende fik ledelsespositionen, indtil vedkommende selv besad den ledende position .

“...da jeg (først) kom som yngste overlæge, så var det klart at så gik den stafet (en bestemt arbejdsdeling) videre til mig ... og så gik den forrige leder af (for nu var jeg jo kommet til...)– og blev professor og forsker og det kunne vi jo ligesom ikke have så da jeg ligesom blev *rigtig chef* (egen kursivering ez) her så tænkte man at jeg skulle bryde den her (rutine med at lederen kunne foretrække til sin forskning) – jeg vidste, at jeg var den første, jeg skulle bryde den..” (Leder 2)

De lægelige ledere her er således blevet tildelt en formel magt, som gør det muligt for dem at ændre på de institutionelt betingende kategorier, sociale strukturer og rutiner. Denne formelle magt præciseres i interviewene, men fremgår også af de formelle stillingsbeskrivelser, som de lægelige ledere arbejder i henhold til.

Giddens (1984) fremhæver at ”agency refers not to the intentions people have in doing things, but to their capability of doing those things in the first place”. Det er således kapabiliteten, evnen til at gøre ting og ikke intentionerne, som er afgørende. Positionen som lægelig leder og som overordnet den lægelige gruppe og klinikken som helhed sætter lederen i stand til at handle, men det er også klart, at denne position og de sociale strukturer skal løbende forhandles og forhandlingens karakter og resultat bestemmes af nogle meget individuelle relationer og karakteristika. Giddens (1984) synspunkt, at der er dualitetsstrukturer i magtrelationen og at ressourcer (som her er den legitime position) udgør nogle strukturerede egenskaber i et socialt system, som der kan trækkes på, men som også løbende produceres og reproduceres af vidensagenter under interaktion, indfanger denne forhandling og interaktionen i det daglige mellem den lægelige leder og de andre aktører på afdelingen. Og netop disse forhandlinger opleves som en krævende del af ledelsesarbejdet:

”.. det er hårdt – altså det ville være nemmere, hvis man bare kunne gå her fra 8 til 6 og så gå hjem og så lade det ligge resten af tiden. Så det er hårdt, men det er også det her med mentalt at geare sig til at tage de konfrontationer, som man ved, man er nødt til at tage. Altså det generer mig ikke en pind at sidde ovre i direktionen eller i centerledelsen, i H:S eller ministeriet og diskutere og gå hårdt på dem og være uenige, det generer mig overhovedet ikke. Det er sådan nogle personlige relationer... det er hårdt.” (Leder 1)

Denne bevidsthed i forhold til de sociale strukturer følges også af markeringer af en vis skillelinie mellem institution og individ. Det er tydeligt, at de interviewede lægelige ledere oplever et ejerskab i forhold til de brud, som de foretager. Det, der beskrives objektivt og opleves objektivt, er den tidligere institutionaliserede adfærd, mens bruddet opleves som noget personligt. Den ledelsesmæssige kognition er identitetsskabende, og denne identitetsskabelse er afgørende for at kunne indgå i en ledelsesmæssig position.

En lægelig leder fortæller om denne identitetsskabelsesproces:

”Det var Dansk Management Forum eller sådan et eller andet. ..Vi var fire herinde fra – vi var de første, der nogensinde var med – det var industrifolk, der var der, og specielt folk fra sådan nogle store foretagender, som banker og forsikringsselskaber osv. Men det der slog mig på det kursus, det var, at der var fantastisk lille forskel på de ledelsesmæssige problemer, de har og vi har på et eller andet plan. Altså man kunne meget nemt gennemskue nogle typer problemer som var meget fælles, og at det var utrolig vigtigt at være så bevidst om at lede. Altså også turde sige fra, selvom folk er flinke og det er synd for dem, men man skal ligesom markere – man behøver ikke stå og slå sig for brystet og lege tarzan og alt det der, men bare lige sådan små markeringer, sådan dertil og ikke længere, bum. Det behøver ikke være så voldsomt meget.” (Leder 1)

Den formelle ledelsesrolle, bestemt af institutionen, har således en betydning for fortolkningen af ledelsesarbejdet. Også fagligheden er et centralt element i de sociale strukturer og identitetsdannelsesprocesserne. Lederne refererer til den som en central del af deres ledelsesrolle, hvilket illustrerer hvordan denne faglighed er central, fordi netop positionen mellem administration og produktion nødvendiggør en såkaldt ”mediator-rolle”, hvor ledelsesrollen betyder, at en specifik

vidensmængde og repræsentation derved iscenesættes på en legitim måde. (Berger og Luckmann 1967: 94).

Bruddet på rutiner

- løbende konstante markeringer i feltet

Også i forhold til et brud med de institutionaliserede rutiner på afdelingerne er lederens rolle aktiv og bevidst. Det handler tydeligvis om at sætte grænser (når der begås fejl), om løbende at forhandle disse grænser (når nogle medarbejdere begår fejl eller ikke lever op til deres arbejdsforpligtelse), at lave markeringer af hvilken standard, man ønsker og ikke ønsker, men det handler også om at være ude i klinikkens dagligdag således, at man som leder oplever, når der brydes med standarder, og man derved i situationen hurtigt er i stand til at foretage korrektioner. Disse korrektioner indebærer en fokus på detaljerne og en konkretisering.

“...Der var en der var utrolig meget væk og ville ikke rigtig rette ind. En tid siger jeg ikke noget, men så gjorde jeg to ting. Jeg begyndte at registrere, hvor meget vedkommende var her og hvornår vedkommende ankom og gik .. og da jeg så ligesom havde "samlet passende sammen", så tog jeg vedkommende ind til en samtale, hvor vi så snakkede om tingene, jeg listede de problemer op, der var, og så snakkede vi om det og det var meget konfrontationsorienteret første gang, for det ville vedkommende simpelthen ikke finde sig i. .. så snakkede jeg med vedkommende senere og da var tingene stadig ikke blevet bedre, og så gik jeg lidt hårdere på ham. Så snakkede vi sammen en tredje gang, og så har der ikke været nogen problemer, så var det ligesom kommet på plads, men vi skulle ligesom frem til den fase, hvor han følte, at enten så blev vi enige nu eller også så blev bissen rigtigt skruet på, og det har jeg så oplevet nogle gange. “ (Leder 1)

Og en anden lægelig leder fortæller her om, hvordan skiftet til en anden arbejdsrutine (det kliniske arbejde sideløbende med det forskningsmæssige) krævede et personligt engagement i bruddet, og hvordan detaljeringsgraden og “listerne” også var et nødvendigt hjælpemiddel:

“.. Ja, altså at klinikken blev underkendt – det var jeg nødt til at bryde og jeg kunne ikke gå ud og pålægge alle de andre, at de skulle arbejde hårdt klinisk .. hvis (den tidligere overlæge) kunne trække sig tilbage på sit bjerg ... og det der også nogen gange var en tradition, var at overlægen kunne komme ind og sige: ”Jeg har et vigtigt møde i

dag, er der ikke en, der kan tage min stuegang" fx – det kunne jeg ikke leve med – jeg kunne ikke leve med, at jeg skulle dirigere de andre til at passe deres arbejde hvis nogen primadonnaer skulle gå ind og sige sådan noget så det var jeg nødt til at bryde – det er klart, at så måtte jeg ind og tage en snak med denne her mand. – det var da en svær øvelse dengang at finde et fælles aftalegrundlag fordi han smuttede altid mellem mine fingre – han kunne finde på at aflyse sine patienter – jeg måtte simpelthen trække lister på ham – have dem på bordet foran mig, så det var jo ikke nogen behagelig samtale.” (Leder 2)

Bruddet på rutinerne afspejler således nogle af de samme karakteristika som ses i bruddet med de sociale strukturer. Det foregår igen bevidst og planlagt og der ræsonneres løbende over det brud som man som leder ønsker at foretage. Der er også her tale om ”schema failure” (DiMaggio & Powell 91), fordi man som leder oplever, at man gennem en opretholdelse af gamle regler (den høje grad af autonomi og afdelingens forkærlighed for det akutte arbejde) ikke vil kunne imødekomme de krav, der stilles fra topledelsen omkring nøjagtighed og ledelsesindblik.

Kapitel 4: Lægelig ledelse - om at håndtere pres

Kapitlets gennemgående og overordnede problemstilling omhandler de lægelige lederes aktivitetsmønster og forsøger at relatere dette aktivitetsmønster til de krav, der stilles fra omgivelserne og den sygehuskontekst, som lægerne indgår i. Det er karakteristisk for de lægelige ledere, at de alle er underlagt nogle nye formelle regler, hvor ekspliciteringen af den lægelige ledelsesfunktion er et led i en overordnet sundhedspolitik. Denne sundhedspolitik udmønter sig i en stigende grad af redegørelser, specifikke stillingsbeskrivelser og formelle krav, som løbende oversættes og fortolkes af de relevante aktører på forskellige niveauer.

Et andet centralt element i de lægelige lederes arbejde og i analysen af en ændringssituation er selve deres ledelsessituation, placeret i et spændingsfelt mellem centerledelse, direktion og afdeling. De lægelige ledere befinder sig således i en situation, hvor der fra direktion- og arbejdsgiverside stilles nogle specifikke og overordnede krav til deres ledelsesfunktion samtidig med, at den drift og de afdelinger, hvori lederne har deres dagligdag, stiller nogle produktions- og personale relaterede krav til deres ledelse. Netop dette spændingsfelt og de lægelige lederes håndtering af opgaver i forhold til krav er emnet for dette kapitel.

Teoretisk referenceramme

Ligesom den foregående analyse befinder denne analyse sig inden for et institutionelt perspektiv med fokus på, hvilke elementer og processer, der er afgørende for, at formelle elementer og regler udmønter sig i en given lokal praksis. Men hvor det forrige kapitel i højere grad tog udgangspunkt i de normative og kognitive forestillinger og kategoriseringer, der dominerer selve sygehuset og det interne liv på sygehuset, så forsøger denne analyse i højere grad at koble de institutionelle pres som de lægelige ledere konfronteres med til det aktivitetsmønster, som de udviser. Dette institutionelle pres kan primært identificeres i hvad der i institutionel terminologi karakteriseres som et regulativt niveau (Scott 1995). Men det regulative niveau og det pres som dette niveau iscenesætter møder i de lægelige lederes dagligdag et modsatrettet pres; nemlig det pres der ligger i den organisatoriske kontekst. Her optræder de afdelinger og det personale som de lægelige ledere leder som daglig kravstillere. Formålet med

analysen er derfor at belyse de lægelige leders opgavevaretagelse og se på, hvilken rolle de forskellige typer af krav spiller i forhold til hvilke opgaver som de lægelige ledere prioriterer.

Udgangspunktet for studiet er derfor at ledelsesadfærd er situationsbestemt i forhold til opgaver, relationer og parathed (Hersey & Blanchard 1988), at den udmønter sig i nogle givne ledelsesroller baseret på nogle rolleforventninger (Mintzberg 1973), men at den også er stærkt betinget også af det institutionelle pres, som selve organisationen befinder sig i. Der findes således generelle kræfter og pres i det specifikke felt, som øver indflydelse på lederes aktivitetsmønster og betydningen af dette analyseres her. Dette institutionelle pres er primært af andre analyseret i forhold til struktur (DiMaggio & Powell 1991, Bentsen 1996) opståen og overlevelse (Singh m.fl. 1991), men ikke i form af organisatoriske aktiviteter.

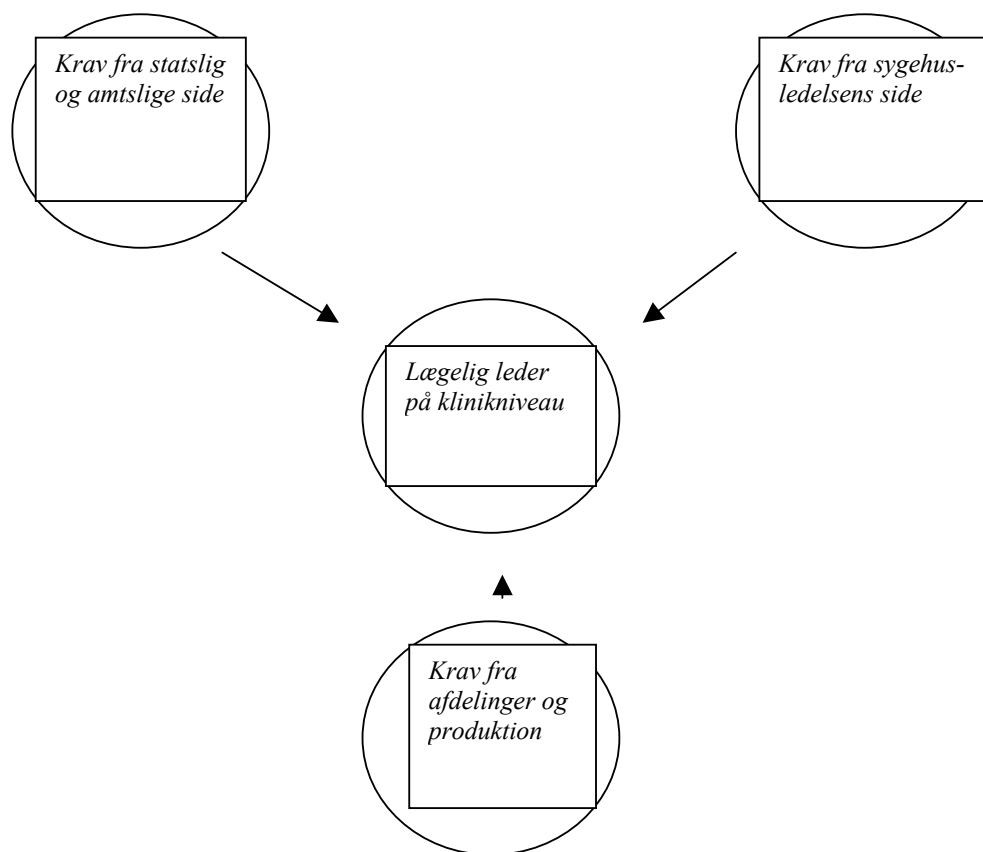
Analysen i det følgende har derfor de lægelige lederes individuelle aktivitetsmønster som fokuspunkt. Men det institutionelle pres, som øver indflydelse på aktivitetsmønstret, analyseres og konkretiseres indledningsvis og danner en strukturel ramme for den senere kategorisering af aktiviteter.

I det følgende beskrives det regulative pres gennem en konkretisering af nogle statslige og amtslige krav til de lægelige ledere samt de organisatoriske krav, som der stilles fra direktionens side.

Nedenstående figur illustrerer analysens struktur og hovedelementer. Disse hovedelementer er en konkretisering af statsligt og amtsligt pres, et organisatorisk pres fra et hierarkisk overliggende niveau i form af en centerledelse eller en direktion og et driftsmæssigt pres fra de afdelinger som den lægelige leder er ansvarlig for. Figuren illustrerer således også analysens referenceramme; at ledelse af sygehusafdelinger eller klinikker er krydspresituationer, hvor forskellige typer, måske modsatrettede mødes og fortolkes af

den lægelige leder, der på baggrund af dette pres og disse krav til- og fravælger opgaver og aktiviteter.

Figur 8: Pres i forhold til den lægelige ledelse



Analysen leder derfor efter flere typer af svar på problemstillingen omkring de lægelige lederes aktivitetsmønstre. Dels hvilke aktiviteter der vælges, dels hvilke processer der er medvirkende til at fastlægge dette aktivitetsmønster, og endelig hvilken rolle de forskellige typer af institutionaliserede pres spiller.

Mødet mellem styring og praktik - analysens fokuspunkt.

Regulative processer i det lægelige ledelsesfelt

Forskningsprojektets helt grundlæggende problemstilling ”undersøgelsen af hvordan en given ledelsespraksis ser ud og hvordan denne ledelsespraksis kobler eller ikke kobler sig til forandringer og reformer i sygehusenes institutionelle kontekst” giver anledning til en præcisering af det regulative pres

i den institutionelle kontekst. Dette pres illustreres i den første cirkel i figur 8: Krav fra statslig og amtslige side.

De institutionelle krav og logikker er mere detaljeret beskrevet i Bentsen (1997), men kan kort opsummeres som en tiltagende grad af New Public Management tankegang inden for det offentlige styringssystem, hvor det samtidig er kravet, at den lægefaglige ledelse af afdelingen bør finde sted i tæt samspil med en økonomisk ansvarlighed og en organisatorisk udvikling og tilpasning.

New Public Management består af flere forskellige ”grundkoncepter”, som på forskellig vis udmøntes i sundhedssektoren og som på forskellig vis har betydning for den ledelse, der foregår på den enkelte afdeling. Vrangbæk (1999) giver et overblik over disse. Her beskrives (p. 41) 7 forskellige grundelementer, som danner basis for den efterfølgende figur. I det nedenstående konkretiseres disse elementers relevans for den enkelte klinikleder i forhold til dennes arbejdsområde.

Figur 9: Styringselementer og deres relevans for den lægelige leder

NPM grundelement	Sundheds- og sygehussektor relevans	Overordnede styringskrav i relation til den lægelige ledelsesopgave
1) Markeds og konkurrence orientering	Frit sygehusvalg Udlicitering af service og behandling	1) Markedsorientering Frit sygehusvalg Udlicitering af service og behandling
2) Autonomisering af driftsformer; delegering af beslutningsmyndighed og decentralisering	Kontraktstyring Afdelingsbudgettering Ledelsesreform	2) Økonomisk styring Kontraktstyring Afdelingsbudgettering Ledelsesreform Præstations betinget betaling
3) Brug af økonomiske incitamentsstrukturer kvantitative præstationsmål	Præstations betinget betaling	Sammenfaldende med 2
4) Brug af styrings- og udviklingsprincipper fra private virksomheder	Kvalitetssikring og økonomistyring Management-uddannelse	4) Kvalitetssikring Kvalitetssikring og økonomistyring Management-uddannelse Standardiserede behandlingsprogrammer og udvikling af "best practice"
5) Fokus på effektivitet og omkostningsreduktion	Standardiserede behandlingsprogrammer og udvikling af "best practice"	Sammenfaldende med 4
6) Serviceklient orientering	Patientråd Styrkelse af patienters retsstilling Øget information til patienter	5) Patientorientering Patientråd Styrkelse af patienters retsstilling Øget information til patienter

Den ovenstående figur illustrerer, at i en daglig og konkret ledelsespraksis kan nogle af de overordnede styringstiltag, som defineres i NPM grundbegreberne være sammenfaldende. Dette gælder for 2 og 3, hvor kvantitative præstationsmål og brug af styrings- og udviklingsprincipper fra private virksomheder

meget vil ligne hinanden, hvis de implementeres på afdelingen. Her vil begge elementer udmøntes i konkrete måloppstillinger i forhold til afdelingerne og en økonomisk styring, som benytter sig af disse måloppstillinger. Også 4 og 5 vil omfatte nogle identiske styringsprocesser; brug af styrings- og udviklingsprincipper fra private virksomheder samt fokus på effektivitet og omkostningsreduktion er i mange tilfælde sammenfaldende og vil føre til, hvad der overordnet kan karakteriseres som kvalitetssikring. Under denne kvalitetssikring vil elementer som udvikling af standardiserede behandlingsprogrammer og udvikling af ”best practice” være placeret.

Krav fra sygehusledelsens side – de organisatoriske krav til ledelsesopgaven

Hvis vi går mere detaljeret ind i de krav til de lægelige ledere, som stilles på det organisatoriske plan tegner der sig et billede, hvor nogle af de ovenstående styringstanker fra det statslige og amtslige niveau omsættes og formuleres således, at de kan indgå som konkrete krav ved stillingsbeskrivelser. Datamaterialet er indhentet fra konkrete ledelsesregulativer samt personalehåndbogen på Rigshospitalet. De regulativer, der er beskrevet i det følgende, stammer ikke fra de konkrete klinikker, hvor de lægelige ledere, der er analysens fokuspunkt, er placeret. Materialet i det følgende har derfor mere karakter af en samlet ramme for at konkretisere kravene fra sygehusledelsens side. Personalehåndbogen⁸ formulerer i sin funktionsbeskrivelse et ansvar for følgende områder:

- Varetagelse af personalepolitik
- Effektiv drift, aktivitet og økonomi
- Fortløbende omstilling og modernisering
- Kommunikation og information
- Personaleledelse og – udvikling
- Kvalificering af beslutningsgrundlag
- Samordning med samarbejdspartnere, internt og eksternt
- Efter- og videreuddannelse af medarbejdere

På det mere detaljerede plan fremgår de nye krav til kliniklederne i stillingsbeskrivelserne⁹. Også her

⁸ Rigshospitalets personale håndbog 1997. Uddraget stammer fra Linden og Birk Hansen, MPA Masteropgave:

”Klinikchefen i lederrollen” 2000. Rigshospitalet er desuden projektet empiriske forankringspunkt.

⁹ Det følgende er baseret på materiale indhentet fra HS og Rigshospitalet. Der er indhentet: Stillingsbeskrivelser for læger i ledende stillinger i H:S, H:S Direktionen 21. marts 1997 (HS) Funktionsbeskrivelse for klinikchefer i Hovedortocentret (HO), Stillingsbeskrivelse for klinikchef ved Neurocentret, Psykiatrisk klinik = (NS), Do. for klinisk fysiologisk og nuklearmedicinsk klinik under Centret for Billiddiagnostik, Informatik og Medikoteknik = (KFN)

lægges der op til, at klinikchefens funktion i det store hele er *overordnet koordinerende administrativ*. Det pointeres, at en klinikchef skal varetage *det overordnede ansvar* og den *daglige drift af klinikken*.

Betoningen af ansvar er således centralt i stillingsbeskrivelserne. Brugen af ”ansvar” sker med to forskellige formål – dels mht. uddelegering af arbejdsopgaver og dels mht. de arbejdsopgaver, som klinikchefen personligt ventes at forestå eller i det mindste have meget tæt kontakt til. I HO er ansvar/ledelse især uddybet i forbindelse med *uddelegering*. Om uddelegering (HO, side 1) fremhæves det præcist, hvornår klinikchefen kan uddelegere arbejde og hvornår han ikke kan (side 1, afsnit 2, punkt 4, 5, 7 og 9). Uddelegeringen omfatter fx den konkrete udmøntning af retningslinier for forskellige typer af arbejde på klinikken (side 1, afsnit 2, punkt 9), mens det lægefaglige ansvar på overlægeniveau ikke kan uddelegeres (side 1, afsnit 2, punkt 5). I NS nævnes det til sammenligning, at klinikchefen har det overordnede ansvar for bl.a. koordinering af uddannelse, forskning og kvalitetsudvikling, ligesom det nævnes, at det forventes af klinikchefen at han har ”...evne til uddelegering” (side 1, afsnit 2). Endelig hedder det i HS, at ”i nogle tilfælde vil den ledende overlæge/klinikchef varetage det samlede ansvar...opgaverne er imidlertid så mangfoldige, at det ofte vil være hensigtsmæssigt for lederen at uddelegere kompetence for nogle områder til andre” (side 2), og lidt før i HS ”ansvaret er imidlertid ikke uddelegeret i den forstand, at det kun findes på det ledelsesniveau, som har fået delegeret kompetencen. Ansvaret er placeret i alle niveauer...som delegerer kompetence”.

Det er karakteristisk, at brugen af ”ansvar” i forbindelse med delegering af og samarbejde om arbejdsopgaver til/med andre ansatte synes at være rettet mod det lægefaglige aspekt. Dette gælder især for forskning og uddannelse, men også mht. tilrettelæggelse af patientforløb. De økonomiske eller driftsorienterede arbejdsopgaver og ledelsesansvar er i højere grad lagt ud til klinikchefen alene eller i samarbejde med centrets (men ikke klinikkens) økonom. Her ses således en oversættelsesproces (Røvik 1998), hvor personer, der udarbejder stillingsannoncerne, kombinerer en arv fra det traditionelle lægelige opgavefordeling med nye krav om administrativ og økonomisk ansvarlighed. Den traditionelle lægefaglige opgavefordeling har tidligere indebåret, at de sideordnede overlæger var ansvarlige for specifikke områder, fx forskning og uddannelse, og denne tradition videreføres i denne oversættelsesproces.

Kommunikation, herunder samarbejde, er et andet fællestræk i referencerne. I HS hedder det således om grundlaget for uddelegeringen af kompetence, at "...der skal i samarbejde opnås enighed...mellem lederen og den til hvem kompetencen delegeres" (side 2). I HO handler det primært om kommunikation mellem klinikchefen og de andre ledende læger i klinikken, idet "udarbejdelse af faglige retningslinier sker i samarbejde med de øvrige overlæger/professorer i klinikken" (side 1, afsnit 2, punkt 5), og at "...det forventes at klinikchefen stimulerer og inspirerer ledergruppens potentiale..."(side 1, afsnit 2, punkt 8). I NS efterspørges ansøgere med "evne til at etablere et tæt samarbejde med andre faggrupper", ligesom klinikchefen ventes at forestå (eller have ansvaret for) kommunikation og information. Der lægges altså op til, at klinikchefen foruden den meget funktionelle lederrolle (delegering) også skal have en koordinerende rolle.

Endvidere ses gennem alle teksterne en overordnet præcisering af effektivitet, udvikling samt kvalitet. I forhold til en langt mere overordnet diskussion af New Public Management ideers indførsel i sygehussektoren (Bentsen m.fl.1999; Östergren & Sahlin-Anderson 1998: 162) kan der identificeres en udvikling, der peger mod en langt højere grad af eksplicitering af ledelsesrollen. Det gøres gennem de formelle krav til kliniklederen eksplicit, at samarbejde og kommunikation er centrale indsatsområder, og at det overordnede ansvar for effektivitet, udvikling og kvalitet påhviler kliniklederen.

Samlet ses i de krav som der stilles fra direktions- og centerniveauet en primær satsning på:

- Koordination og administration
- Kommunikation og samarbejde
- Sammenhæng mellem udgifter og indtægter samt
- Kvalitet i behandling og pleje

Den fokusering, som der kan identificeres, er en kombination af tidligere tiders arbejdsområder, der bliver kombineret med nye arbejdsområder. I forhold til de mere brede New Public Management styringstendenser fra figur 9 ses en indsnævring, som dels kan forklares ved hjælp af den historik, der findes på Rigshospitalet i relation til indførelse af nye center- og ledelsesstrukturer og en

oversættelsesproces, der er domineret af problemrelatering (Sahlin-Andersson 1996). Analyser (Borum & Bentsen 2001) peger på, at netop økonomiske problemer og manglende sammenhæng mellem udgifter og indtægter har været sat på den ledelsesmæssige dagsorden og at det netop var i forhold til mellemleder og centerdirektørniveauet at udgifterne ikke kunne styres. Endvidere har Rigshospitalet og sygehusfeltet gennem de seneste 10 år været udsat for en utrolig medieopmærksomhed. Denne medieopmærksomhed har haft et klart fokus på patientsituationen. Endelig kan kvalitetsprioriteringen, som foretages her, ses i lyset af den akkrediteringstankegang, der de sidste år har domineret sektoren.

Krav fra produktionssiden i relation til det lægelige ledelsesarbejde

Tidligere studier (Lindén & Birk Madsen 2000; Östergren & Sahlin Andersson 1998) af lægelige ledere fremhæver nogle generelle karakteristika i den daglige arbejdsrutine, som sammen med et pilotstudie (Bentsen 1999) gennemført som observationsstudier af flere dages varighed i efteråret 1999 på et sygehus i provinsen, giver et billede af det produktionsfællesskab, som de lægelige ledere indgår i og hvilken betydning, dette har i forhold til ledelsesopgaven.

I forhold til et konkret aktivitetsbillede, dvs. hvilke aktiviteter og hvilke handlinger de ledende overlæger er involveret i, viser der sig et billede af de observerede læger som havende en meget forskellig organisatorisk dagligdag. Det er dog karakteristisk, at sygehuset primært kan karakteriseres som et produktionsfællesskab, hvor mange forskellige og meget komplekse organisatoriske rutiner tilsammen udgør et samlet, ret fastlåst mønster for opgaveløsning, og hvor ledelsesopgaven derfor primært består i deltagelse i disse institutionaliserede rutiner. De ledende overlæger følger typisk den institutionaliserede døgnrytme på sygehuset, der på forhånd definerer konkrete tidsbestemte opgaver. Dette indebærer, at de ledende overlæger deltager i morgenkonferencer, derefter minikonferencer omkring indlagte patienter (teamkonferencer eller røntgenkonferencer), derefter stuegang/ambulatoriarbejde, omkring middagstid specifikke faglige konferencer, og i løbet af eftermiddagen ambulatorium eller administrativ mødeaktivitet. Det er også karakteristisk, at de i løbet af en arbejdsdag er fysisk aktive, opholder sig på flere fysiske enheder, og at den del af dagen, som ikke er rutineret, er uplanlagt, men efterhånden fyldes op af ikke skemalagt kontakt med lægegruppe, plejegruppe og administration. Denne meget forskelligartede aktivitet medfører et udtalt behov for tid til refleksion, hvad der også gives udtryk for i interviewene, og flere ledende læger giver også udtryk

for den konflikt, der ligger i at hellige sig det ledelsesmæssige arbejde eller blive i den lægefaglige rolle (Östergren & Sahlin-Andersson 1998). I relation til projektets overordnede problemstilling og de metodiske overvejelser illustrerede aktivitetsmønsteret, at det var vanskeligt at måle på tidsanvendelse som en mulig indikator for de ledende lægers prioritering af ledelsesopgaver. Mange af aktiviteterne forekom at være bestemt af udefrakommende krav (administrative sager, høringsrunder fra amtet, rutiner omkring deltagelse i afdelingens produktionsrutine), og det var tydeligt, at den enkelte leder ikke oplevede, at handlerummet, som skulle muliggøre en selvstændig prioritering, var tilstrækkelig ”rummeligt”.

Aktivitetsmønsteret bliver således en kombination af en institutionaliseret rytme, hvor hvert problem og hver dag kræver sin stillingtagen, og en imødekommelse af nogle udefrakommende krav omkring udredningsarbejde, høringssvar, kvalitetsarbejde etc. Der ses således en samlet tendens til, at arbejdet foregår meget struktureret efter sygehusets ”døgnrutine”, dvs. at der er meget faste aktiviteter, som de ledende overlæger deltager i hver dag. Det kan være morgenkonference, ambulatoriefunktionen om formiddagen, teammøderne. Aktivitetsmønsteret lever op til flere teoretiske antagelser omkring ledelsesarbejde. Mintzbergs (1977) antagelse omkring ledelsesarbejde som opsplittet og præget af mange uplanlagte aktiviteter ses også. Östergren & Sahlin-Anderssons iagttagelse af lægelige ledelsesarbejde som placeret i et dilemma mellem lægefagligt arbejde og ledelsesmæssigt arbejde ses i aktivitetsmønsteret. De ledende læger ønsker ikke at bevæge sig helt væk fra produktionsfællesskabet og over i en rendyrket ledelsesmæssig rolle. De beholder ambulatoriearbejdet, deltager i de faglige konferencer etc. Samtidig underbygger det observerede aktivitetsmønster professionsteoriens okkupationsprincip¹⁰ som forståelsesramme i relation til ledelsesadfærd. De mange LSU møder, høringssvar etc. kan også ses som et udtryk for magtkampe med andre personalegrupper omkring opnåelse og sikring af rettigheder.

¹⁰ Graden af selvkontrol og monopolet i forholdet til arbejdsfunktioner optræder som en central del af den meget klassiske professionsteori, repræsenteret ved Freidson (1994). Freidson beskriver indgående hvordan studiet af professioner, henholdsvis kan studeres ud fra et webersk element, nemlig som et underelement i forhold til et administrativt og hierarkisk niveau eller som et okkupationselement, nemlig i forhold til en overordnet samfundsmæssig arbejdsdeling. Freidson foretager en operationalisering af denne problemstilling; dvs. af hvad professionelle skal studeres som og ud fra hvilket modsætningsforhold og konkluderer at to faktorer nemlig fagforeningernes magt og eneretten til bestemte typer af arbejde underbygger behovet for at bruge okkupationsprincippet.

Et teoretisk bud på produktionssystemets elementer

Produktions- og drifts tankegangen spiller en afgørende rolle i konkretiseringen af mulige ledelsesaktiviteter. Strauss m.fl. (1998) arbejder på i en grounded theory tradition at konstruere en beskrivelse af det arbejde, der foregår på sygehusafdelinger.

Strauss observationer giver nogle afgørende implikationer i relation til at studere lægelige ledelsesopgaver og konkret håndtering heraf. Det afgørende er, at gennem Strauss observationer gives et input til en begrebsmæssig konkretisering af afdelingsledelsesopgaven, som tager sit udgangspunkt i en høj grad af systemforståelse, og har en konkret empirisk forankring og nuancerer derved den mere generelle og kontekstafhængige begrebsramme, som dominerer studier af ledelsesaktivitet¹¹.

Strauss arbejder overordnet ud fra et perspektiv, hvor processerne på sygehuset udgør et samlet organisatorisk forløb, og hvor dette forløb er udgangspunktet for at skitsere de enkelte arbejdsprocesser i forløbet. Perspektivet er en måde at forstå alle de arbejdsprocesser, der finder sted i en given organisation uden at indskrive sig i et bestemt aktør eller teknologisk forløb. Arbejdsforløbene er derfor også et opgør med ”sygdomsforløbet” som analytisk fokus. Sygdomsforløbet har som analytisk fokus den ulempe, at det indskrives sig i en bestemt sygdomsgruppes faglighed, og at de ”systemtilskrivinger”, der ofte sker ved langvarige sygdomsforløb, hvor teknologiens indflydelse ændrer behandlingsforløbet eller bivirkninger i forhold til en behandling ændrer det oprindelige behandlingsforløb, belyses ikke i procesbeskrivelsen. Ud fra det samlede organisatoriske forløb konkretiseres seks centrale elementer af sygehusrelaterede arbejdsprocesser, som her beskrives kort. De seks centrale elementer af sygehusrelaterede arbejdsprocesser giver en relevant operationalisering af hvilke arbejdsområder, der gør sig gældende i forhold til klinik eller afdelingsledelsesarbejdet og ledelsen af dette. Disse typer af arbejdsprocesser, som tilsammen konstituerer en ramme for opgaveløsning er: machine work, safety work, comfort work, sentimental work, articulation work samt patientrelateret arbejde.

Som ”machine work” rubriceres alt det arbejde, der er knyttet til maskinelt arbejde. Maskinelt arbejde

¹¹ Her tænkes på opdelingen produktion, planlægning og personale (Mouritzen 1997), opdelingen i produktion, innovation, administration, og strategi (Adizes, 1979), opdelingen i information, beslutninger og interaktion (Mintzberg 1973).

forstås her som det arbejde, der udføres sammen med en maskine eller omkring en maskine. Maskinens karakteristika bestemmer graden af kompetence for anvendelse, og der udvikles tre underinddelinger i forhold til machine work. Disse er machine production, dvs. det arbejde, der er forbundet med at udvikle, producere, sælge og installere maskinerne. Som machine tending rubriceres alt det arbejde, der er forbundet med at måle og passe selve maskineriet, og som medical production rubriceres det arbejde, der er forbundet med, at maskineriet anvendes i forbindelse med medicinsk produktion.

Safety work relaterer sig til sikkerhedsarbejde på flere områder. Relevansen opstår, fordi sygehuset har karakter af at være et meget decentraliseret sted, hvilket øger risikoen for fejl. Endvidere er det centrale kontrolelement svagt, idet udskiftning i de centrale medarbejdergrupper udgør en risiko. Safety elementet er derfor opgaven med at leve op til standardbestemmelser omkring regler for sikkerhed i forbindelse med behandling, diagnosestillelse og oplæring af nyansatte.

Comfort work vedrører omsorgsarbejde. Den høje grad af varige sygdomme forøger behovet for omsorgsrelateret arbejde og selve organiseringen med fokus på akut sygdom betyder, at man i sygehusorganisationen generelt er fokuseret på det tekniske arbejde. Problemet er, at der i sygehusorganisationen eksisterer så mange konkurrerende arbejdsopgaver, som vanskeliggør tiden til omsorg.

Det fjerde element omfatter sentimental work. Sentimental work adskiller sig fra comfort work ved, at sygehuspersonalet er beskæftiget med individer, der reagerer på behandlinger der ydes, og det derfor er nødvendigt at tage refleksive processer i betragtning. Sentimental work opdeles i forskellige typer; interagerende arbejde, trust work, compulsure work, biografical work, identitetsarbejde, awareness i forhold til omgivelserne og retifikationsarbejde. Her fokuseres således på de processer, som traditionelt forbindes med en HRM tilgang til ledelse og det ”relationsarbejde”, som er en central ledelsesopgave.

Det femte element benævnes artikulationsarbejde (sammenhængsskabelse). Der argumenteres for, at alt sygehusarbejde kræver koordination. Artikuleringsarbejdet indebærer, at arbejdet bliver koordineret og artikuleret dvs. udtalt og ikke forbliver en masse af usammenhængende processer. Der argumenteres endvidere for, at produktionsprocesser i industrien i langt højere grad kan rationaliseres og planlægges,

men at dette er utrolig vanskeligt i et sygehussystem. Sygdomsforløbene kan ikke indpasses efter standardiserede forløbstankegange og derved planlægges. Der eksisterer en ressourceknaphed, som betyder, at den løbende kamp om ressourcerne gør det vanskeligt at planlægge.

Sjette element er patientrelateret arbejde. Dette er ikke arbejde, som udføres i relation til patienterne, men primært typer af arbejdsprocesser, som patienterne udfører og som samtidig er en del af behandlingen (selv at tage temperaturmålinger, selv at bevæge sig fra et punkt til et andet på sygehuset).

Strauss beskrivelse muliggør en konkretisering af de krav, som selve driften og produktionen stiller i forhold til den lægelige ledelsesopgave. I det følgende er Strauss seks elementer rubriceret og ledelse af de seks elementer er forsøgt konkretiseret.

Figur 10: Lægelige ledelsesopgaver ud fra et produktionsorienteret perspektiv

Elementer i sygehusarbejde	Ledelsesopgaver relateret til Strauss
Machine work;	hvor ledelsesopgaven kræver <i>styring af udvikling, produktion og anvendelse af teknologi og maskiner</i>
Safety work;	hvor ledelsesarbejdet er knyttet til <i>udarbejdelse eller vedligeholdelse af sikkerhedsforanstaltninger eller standardiseringer</i> , som garderer sygehusafdelingen mod fejl og risici.
Comfort work,	hvor ledelsesopgaven er at sørge for at <i>medarbejderne også udfører den rette omsorg for patienterne</i> .
Sentimental work,	hvor ledelsesopgaven er relateret til at være ansvarlig for de <i>refleksive processer</i> , der er en central del af samarbejdet mellem personale og patienterne.
Articulation work;	hvor ledelsesopgaven er at skabe <i>en organisatorisk sammenhæng mellem de forskellige processer</i> . Arbejdet skal således koordineres og ressourcerne fordeles bedst

	muligt.
Patient work,	hvor ledelsesopgaven er et <i>overordnet ansvar</i> for dette arbejde.

Strauss fokus på produktionsprocesser på sygehuset og dertil knyttede ledelsesopgaver afspejler en høj grad af systemorientering. Ledelse er her rettet mod de krav, der stilles fra produktionens side, og ledelsesopgaven bliver meget bredt defineret. Ledelse får i en Strauss kontekst ikke en selvstændig placering; det er ikke den hierarkiske tænkning, der dominerer, men derimod systemet og produktionen, der definerer de relevante opgaver, der skal og kan løses. Kontrol og planlægning kan således finde sted i forhold til de relevante produktionsprocesser, men ses ikke som afgrænsede og værdifulde opgaver i sig selv. Dette er en fundamental anderledes måde at tænke ledelse på end det billede, vi kunne observere i beskrivelsen af de regulative krav. Hvor ledelse ud fra stillingsbeskrivelser og personalehåndbøger er noget med ansvar, uddelegering og hierarkisk positionering er ledelse ud fra en produktions- og driftsforståelse en langt mere kompleks og interaktiv proces. De ovenfrakommende regulative krav illustrerer således et skift fra en tilstedeværelses- til en afstandsposition, og et skift fra en produktionsorientering på et praktisk niveau til et mere abstrakt og kontrollerende niveau.

En analysemodel – de regulative, de organisatoriske og produktionens krav til de lægelige lederes opgavevaretagelse

Hvis vi sammenholder billedet af de regulative krav, den oversættelses- og kombinerende foretagelse i stillingsbeskrivelserne og den ledelsesopgave, som præciseres via Strauss, får vi data til at etablere et analyseapparat. Den ovenstående gennemgang illustrerer, at der stilles forskellige krav fra et meget overordnet statsligt og amtsligt styringsniveau, fra et organisatorisk ledelsesniveau og fra et produktionsniveau og driften. Der er sammenfald inden for visse temaer, men der er forskellig vægt, beroende på afsenderens specifikke interesser. Alle tre niveauer fremhæver fx behovet for at skabe bevidsthed omkring udgifter og indtægter, men hvor det i NPM terminologi benævnes kontraktstyring, afdelingsbudgettering, præstationskrav og ”best practice”, så fremhæver direktions- og centerniveauet ”koordination og administration”, og ”sammenhæng mellem udgifter og indtægter” og endelig udtrykker produktionen styringen af personale, udviklingsprocesser, produktion mm., men nævner ikke eksplicit den økonomiske side af denne styring. Også på kvalitetssikringssiden er der sammenfald; de standardiserede behandlingsforløb fremhæves af alle tre niveauer, men konkretiseres i

stillingsbeskrivelserne som en fortløbende modernisering og kvalitet i behandling og pleje og i driftsbetingelserne som et fokus på sikkerhedsforanstaltninger. Endelig er inddragelsen af patienterne og brugerne et emne som alle tre niveauer berører, dog med forskelligt fokus; fra en fokus på den mere juridiske del i de overordnede styringskrav til en fokus på kvalitet i behandling og pleje fra centerniveauet og endelig til en fokus på omsorg og refleksivitet fra produktionsniveauet.

Figuren på den efterfølgende side sammenfatter de forskellige institutionelle pres i seks forskellige krav, hvoraf nogle krav kommer fra ét institutionelt niveau, andre fra flere niveauer. De seks konkrete krav fremkommer gennem en simplificering af de forskellige typer af institutionelle pres, der er beskrevet tidligere. Gennemgående er billedet, at hvor der i den første søjle fokuseres på en markedsorientering, på en økonomisk styring, på kvalitetssikring i form af standardisering og på patientorientering, så fremhæver den midterste søjle et mere overordnet og bredt kvalitetsselement i både pleje og behandling og tilføjer personaleledelsesdelen og den organisatoriske proceskompetence. Den sidste søjle har fokus på en nærhed og ledelsesform, som kræver en højere grad af faglighed og en daglig tilstedeværelse (opsyn med sikkerhed, produktion, teknologi og maskiner).

Figur 11: Analysemodel

Overordnede styringskrav i relation til den lægelige ledelsesopgave	De organisatoriske krav i relation til den lægelige ledelsesopgave	Krav fra produktionssiden i relation til den lægelige ledelsesopgave
Markedsorientering		
Frit sygehusvalg Udlisering af service og behandling		
Økonomisk styring		
Kontraktstyring Afdelingsbudgettering Ledelsesreform Præstations betinget betaling	Koordination og administration Sammenhæng mellem udgifter og indtægter	Styring af personale, udviklingsprocesser, produktion samt anvendelse af teknologi og maskiner
Kvalitetssikring		
Kvalitetssikring og økonomistyring Management-uddannelse Standardiserede behandlingsprogrammer og udvikling af ”best practice”	Kvalitet i behandling og pleje	Udarbejdelse eller vedligeholdelse af sikkerhedsforanstaltninger eller standardiseringer
Patientorientering		
Patientråd Styrkelse af patienters retsstilling Øget information til patienter	Kvalitet i behandling og pleje	Sentimental work: Ansvarlig for at medarbejderne udfører den rette omsorg for patienterne
	Personaleledelse	
	Kommunikation og samarbejde	Styring af personale, udviklingsprocesser, produktion samt anvendelse af teknologi og maskiner
	Organisatorisk proceskompetence	
	Koordination og administration	Articulation work: Skabe en organisatorisk sammenhæng mellem forskellige processer

Introduktion til analysen

Det følgende er en analyse af de lægelige lederes arbejdsområder og en fokusering på hvilke indsatsområder, de selv fremhæver som afgørende i deres lægelige ledelsesarbejde.

I det følgende er det ikke det personlige billede af den enkelte leder, der fremhæves og analyseres. Det er derimod formålet at illustrere, hvilket samlet mønster, der kan identificeres gennem de fire lægers tale om vigtige opgaver, hvilke processer der er afgørende for, at nogle opgaver prioriteres fremfor andre. Det er formålet at give et samlet billede af hvilke ledelsesopgaver, der dominerer de lægelige lederes hverdag.

Analysemodellen er efterfølgende blevet anvendt som struktureringsmodel i forhold til interviewudskrifterne. Det betyder, at de interview, som er blevet foretaget over flere gange med respondenterne og den observation af det lægelige ledelsesarbejde, som har dannet udgangspunkt for spørgsmålene i anden interviewrunde, er blevet gennemgået med udgangspunkt i at identificere, hvor tyngden (og den manglende tyngde af arbejdsopgaver) befinder sig. I det følgende vil dette mønster blive beskrevet.

Lægelige lederes prioritering af aktiviteter og opgaver

Den følgende figur oplister samtlige de aktiviteter, som de observerede og interviewede ledere omtaler. Nogle af opgaverne kan i praksis udmønte sig i identiske handlinger, men har i ledernes italesættelse og selvforståelse fået forskellig overskrift og betegnelse. Den første kolonne beskriver de overordnede kategorier af lægeligt arbejde, som er defineret i analysemodellens første akse ved hjælp af de statslige og amtslige krav, de organisatoriske krav og driftskravene. Den næste kolonne er de lægelige lederes betegnelse af aktivitet, og kolonne tre illustrerer, hvorvidt aktiviteten forekommer hos leder A, B, C eller D. Ved gentagne listninger af fx C er dette et udtryk for at aktiviteten omtales flere gange.

Figur 12: Oversigt over lægelige ledelsesopgaver og deres forekomst

Kategori	Element	Forekomst
2 og 6	Effektivisering af sengeudnyttelse	B, D
2	Dokumentation af udgiftsniveau; forhandlinger med HS	C, D
2	Økonomisk tilpasning	D
2	Udvikling af økonomistyringssystem	D
2	For lille kapacitet; tilpasning til ventetidsgarantier	A
3	Kvalitetsudvikling	B, D
3	Akkrediteringsarbejde	A, B, B, D
3	Udøvelse af kontrol i forhold til kvalitetssikring	B
3	Arbejde med visionen omkring den bedste afdeling målt på kvalitetsparametre	B
3	Udredning af specifikke patientforløb	B, C, D
3	Kontrol af kliniske vurderinger ved morgenkonference	B
4	Patientkontakt	A
4	Iværksættelse af kommunikationskursus	B
4 og 6	Arbejdet med ”Det gode patientforløb”	A, D
4 og 6	Problematik omkring bedre kontinuitet i forhold til patientforløbsstrukturer	A
4 og 3	Håndtering af fejlbehandlingscase	D
4	Fejlkommunikation	D
5 og 6	Lukning af ambulatorium	A
5	Bevidst motivering af medarbejdere	C
5	Ledelsesuddannelse	B
5	Etablering af mulighed for deltidsarbejde for overlæger	B
5	Teamskabelse	A, B
5	Teamkulturopbygning	B, C, D
5 og 6	Overvejelser omkring arbejdsplanlægning	A, B, C, D
5 og 6	Funktionsbeskrivelser af afdelingerne	B, D
5	Etablering af uddannelsesprogrammer	B
5	Styrkelse af mellemledere	B, D
5	Medarbejdersamtaler	B
5	Personstridigheder	A, D
5	Korrektion af medarbejders adfærd	C, C, C, D, D
5	Rundture på afdelingen	C
5	Afdelingsstridigheder	C, D
5	Forberedelse af generationsskifte	D
5	Etablering af samarbejdsrelationer	D
5 og 6	Etablering af epikrisestandarder	B
3 og 6	Dokumentationsarbejde i forbindelse med international placering	A
Ikke kategoriseret	Forskning og undervisning	A, C
	Etablering af delestilling med ansættelse i klinik og laboratorium	A, D

Figuren illustrerer, at de lægelige ledere udgør fire forskellige ledelsestyper med forskellige prioriteringer i deres ledelsesarbejde. Det personorienterede billede har dog ikke været formålet med analysen, og indledningsvis vil analysen derfor være koncentreret omkring identifikation af de fælles træk.

Ingen af de lægelige ledere, der indgår i studiet, omtaler det første af de overordnede styringskrav - *markedsorienteringen*. Dog omtaler den lægelige leder, som leder en afdeling, hvor opgaverne er omfattet af en ventetidsgaranti, at man arbejder med at udvide kapaciteten for at kunne imødekomme ventelisterne.

Det næste overordnede styringskrav der prioriteres af de lægelige ledere er kategori 2: *økonomiske styring*. Denne aktivitet omtræder med omtrent samme hyppighed, som den førnævnte fokus på lægelig kvalitet.

En lægelig leder omtaler her hvordan driften og det at sengene er fyldt op er en central opgave:

” Vores Bed Manager (Sygeplejerskefunktion) står for driften af sengene – sådan kalder vi det. Det er mig, der fylder i sengene – sørger for, at de kommer ind og ud – men hun sørger for, at der er senge, linned, personale til at passe sengene, sådan har vi forstået det – og sådan kører vi det.” (Lægelig leder B)

Og den økonomiske bevidsthed går igen i flere af aktivitetsbeskrivelserne:

”...Vi har været under så kraftigt pres økonomisk, at jeg har simpelthen fundet det nødvendigt for at jeg kunne argumentere for at sådan og sådan måtte det være – jeg vidste næsten, hvor meget Nutella, der var købt ind fra køkkenet, - jeg er meget nede i detaljen, og det beror selvfølgelig på forskellig personlighedsstruktur og jeg har haft det som en nødvendighed, men er nu ved at løfte mig op fra detaljerne– fx har jeg nu fået lavet mit eget økonomisystem sammen med min afdelingssygeplejerske.” (Lægelig leder D)

Bevidstheden omkring *kvalitetssikring*, kategori 3, omtales med en relativ stor vægt. Alle lægelige ledere er beskæftiget med denne opgave, der sættes stor fokus på akkreditering, på udøvelse af kontrol og på at arbejde med en vision omkring at være den bedste afdeling i kvalitetsmæssige sammenhænge. Hvordan dette arbejde med akkreditering er en proces, der sætter fokus på afdelingen – og derfor kræver ledelsesmæssige ressourcer - fortæller en lægelig leder:

”...Vi har haft besøg af et amerikansk akkrediteringshold ...for det første var der en masse med nervøsitet og anspændthed forud, og så var det en bragende succes .. men det var en meget skæg proces og jeg tror egentlig nok, at det var meget godt, men de akkrediterer jo kun på nogle ydre ting, ikke på de fjerne ..ja men vigtigt nok altså, det oplevedes, som nogle rimeligt relevante ting.” (lægelig leder A)

En anden leder fortæller om denne sikring af kvalitet, at det kan opleves som tabu at gå ud og kritisere andre afdelingers arbejde, og at det derfor er en ledelsesaktivitet, som kræver et vist mod at iscenesætte:

” – Ja, det var en patient, der kom ind fra (et andet hospital) – deres intensive afdeling – og det diskussionen gik på det var at han var hundredårlig – de mente, at han havde xxx, og så fragter man alt herind, der har xxx – og han var hundredårlig og han havde en infektion og han var udtørret osv. osv. osv. og så siger jeg så til xxx, som sidder ved siden af: ”Kan du ikke lige gå op og kigge journalen for vi må lige..” og så siger han: ”Skal vi nu virkelig gå videre med det” – dvs. skal vi virkelig gå ud og kritisere (det andet hospital) hvor jeg siger: ”Ja, men vi må kigge på det” og det er sådan et eksempel på, at jeg må gøre noget, hvis det er for kritisabelt. Det er klart, at der er så andre barrierer, vi støder ind i.” (lægelig leder B)

Den samme leder fortæller om, hvordan forløberen for akkrediteringsarbejdet, kvalitetssikringsarbejdet, ikke var et projekt, der var defineret oppefra – og som tog meget tid – men mere var udtryk for en personlig prioritering:

”.. det der var vigtigt for mig inden at akkrediteringen kom, det var jo kvalitetsudviklingen. Vi var jo nogle år igennem en kvalitetsudvikling hvor vi faktisk lagde ud til grupper, at de skulle melde tilbage om ting, de gerne ville kvalitetsudvikle, så det var vi for så vidt rimeligt i gang med, da akkrediteringen her kom, så det kan man sige, at det var noget af det jeg prioriterede....at få skrevet de epikriser, at få dem ud på dørene, det er noget jeg har forsøgt at køre hårdt med ..” (lægelig leder B)

Også værdiorienteringen spiller en rolle, når lederen skal signalere, at lægelig kvalitet er et vigtigt karakteristika for afdelingen:

”..medarbejderen kan godt se, at vi henter succes – de ved jo godt, at vi er en god afdeling. Vores vision er jo, at det skal være den bedste xxx afdeling, og den er jo god at være på, sådan en afdeling. Dem vi henter her er jo de fagligst stærkeste, så vi har jo sådan en ”superiority feeling” her , nogen gange noget med at de andre afdelinger

ikke kan finde ud af det .. så den kører vi efter og den er jo rar at have et eller andet sted den ballast. (Lægelig leder B)

Kategori 4: *patientorienteringen* er derimod fremherskende, men det er tydeligt, at det er forskelligt, hvorvidt det defineres som en ledelsesopgave eller en lægelig opgave. De adspurgte læger taler i meget varierende grad om denne patient eller brugersituation.

Lægelig leder A skitserer hvordan man arbejder med at definere at patienternes tid er lige så vigtig som personalets, men at dette er et udtryk for et kulturskift:

”..vi har jo så lavet det således at vi siger det skal man (overholde tiderne i ambulatoriet), og hvis man har ambulatorium, så skylder man da det, og det er jo også fordi kulturen skifter lige så stille, at patienternes krav, legitimerede og rimelige krav, de bliver tydeligere og tydeligere, de finder sig ikke i hvad som helst..i gamle dage, dels var der mange færre xxxpatienter, man ikke kunne gøre noget ved og det var en mindre kategori.”

Patientorienteringen er derimod fremherskende, men det er tydeligt, at det er forskelligt, hvorvidt det defineres som en ledelsesopgave eller en lægelig opgave. De adspurgte læger taler i meget varierende grad om denne patient- eller brugersituation.

Lægelig leder A skitserer, hvordan arbejdet med at definere at patienternes tid er lige så vigtig som personalets, men at dette er et udtryk for et kulturskift:

”..vi har jo så lavet det således at vi siger det skal man (overholde tiderne i ambulatoriet), og hvis man har ambulatorium, så skylder man da det, og det er jo også fordi kulturen skifter lige så stille, at patienternes krav, legitimerede og rimelige krav, de bliver tydeligere og tydeligere, de finder sig ikke i hvad som helst..i gamle dage, dels var der mange færre xxxpatienter, man ikke kunne gøre noget ved og det var en mindre biks, og så var det mere pioneragtigt og så var der måske et mere afslappet forhold til, at hvis man var i gang med noget andet og så ventede en halv time, det gjorde sgu nok ikke noget, det var de (patienterne) sikkert ikke optaget af, men

det skifter lidt og det bliver en lidt anden kultur så vi slås lidt på – så bliver det mere formaliseret med mødetider.” (Lægelig leder A)

og

”Det er blevet en anden biks, tidligere var det mere pioneragtigt og så var der måske et mere afslappet forhold til, at hvis man var i gang med noget andet og så ventede en halv time, det gjorde sgu nok ikke noget, det var de (patienterne) sikkert ikke optaget af, men det skifter lidt og det bliver en lidt anden kultur så vi slås lidt på – så bliver det mere formaliseret med mødetider.” (Lægelig leder A)

I gennem interviewene og observationerne ses ingen omtaler af den juridiske del af kategori 4, en mere formaliseret inddragelse af patienter i beslutningsprocesser.

Den mest dominerede aktivitet er kategori 5: *Personaleledelse* og det personaleansvar, der følger med opgaven og den forløbende omstilling og modernisering i afdelingen.

De lægelige ledere fortæller om, hvordan bl.a. nye struktureringsformer på klinikken, her *teamstrukturerne*, optager meget af deres opmærksomhed:

“ Ja jeg kan fortælle det, at vi brugt meget tid på at etablere (specialenavn) – det er et stort område – vi har delt det op, så vi har 4 teams og det faglige ansvar er sådan set også delegeret lidt ud ” (Lægelig leder A)

og

” Det der optager mig her på planen, det er at få alle vores overvejelser om arbejdsplanlægning og dens præcision og få det der teamwork, at få dem omformet til praktisk planlægning og at få dem gennemført ... og få analyseret, hvad er forudsætningerne for at det kan lade sig gøre” (Lægelig leder A)

Men også andre elementer af personaleledelse samt omstilling og udvikling illustrerer at de lægelige ledere fokuserer på området. I det nedenstående fortælles om, hvordan lederens egen prioritering af arbejdsopgaver (nytårsfortsætterne) fokuserer på *udvikling af medarbejderstaben og lederen selv*.

”.. det jeg gerne vil - jeg fandt mine nytårønsker – jeg vil gerne dels udvikle mig selv, men jeg vil også godt have udviklet de andre så det jeg har lagt vægt på i det her år, der er gået. Det indebærer at udarbejde funktionsbeskrivelser af afdelingslægerne og (*læser op fra listen*) så står der uddannelsesprogrammer, og de er også blevet revideret og der er det med akkrediteringsprojektet – og jeg har været med til at arrangere en konference der. Ja, og så skriver jeg fortsat styrkelse af mellemlederne og det mener jeg så også, at vi har gjort” (lægelig leder B)

Endvidere fremhæves medarbejdersamtalerne som en central del af personaleledelsen:

” ... ved at have de her medarbejdersamtaler og have fokus på dem og snakke med medarbejdernejeg taler med hele den her stribe af afdelingslæger og overlæger, dem har jeg til medarbejdersamtaler..” (lægelig leder B)

Det skitseres også, hvordan medarbejderproblemer optager en stor del af hverdagen som leder.

”Samspilsfænomener” af forskellig art er ressourcekrævende og kræver en fokus på ledelsesdelen.

”...Ja en af de ting, som jeg tog op – en af de ting, som er et problem på denne her afdeling, det er at den i princippet er fragmenteret i tre sektioner – vi har noget (specialenavn), som ligger over på gangen, men det er så lille en del, at det betyder ikke noget i det store hele, så har vi denne her etage, altså det, der er sengebærende og ambulatorium osv. osv. der sidder ca. halvdelen af overlægerne, så har vi et laboratorium nede på første sal, der sidder ca. den anden halvdel af overlægerne og i og med at vi sidder med 14 etager imellem os så kan der meget nemt blive klinedannelser med myter om, at de laver noget der og de laver ikke noget der og visa versa eller at hvor har de det godt og hvor har vi det forfærdeligt – alt det der – og en af de ting, jeg tog op sidst, det var, at nu ville jeg have noget integration, og det får folk op på lakridserne, fordi I laver ikke noget og vi skal i hvert fald ikke komme og hjælpe jer – det er jer, der skal komme og hjælpe os .. huhej hvor kan de blive hidsige” (lægelig leder C)

Og omkring ledelse som disciplin fremhæver samme leder:

”...Men jeg tror, det er vigtigt. Altså jeg tror, synlig ledelse er meget vigtig, og synlig ledelse, det er ikke, at jeg isolerer mig og går rundt i en eller anden lille glasklokke og kun vil snakke med nogle helt bestemte. Når jeg er ude

i afdelingen, er jeg chef for dem alle sammen, og så skal det også være, så de vil snakke med mig” (lægelig leder C)

En anden del af medarbejderproblematikken er etableringen af den nye sociale orden som er beskrevet gennem analysens første del. Her fortæller en lægelig leder omkring generationsproblematikken:

”...nu er jeg fx ved at arbejde med generationsskifte inden for (specialet), fordi en overlæge, der er her, han nærmer sig om end ikke hastigt, så dog skridt til pensionsalderen, og hans ældste afdelingslæge vil gerne på noget deltid, når hun bliver 60, der er fire år til – og det er et område, hvor der kræves meget håndværksmæssig kunnen, det er en bestemt undersøgelse — det er mesterlære. Jeg er meget engageret i det i øjeblikket i at få fundet nogle yngre læger, som kan gå ind i det subområde – gå ind og overtage, så jeg kan se, hvem der skal være leder om fem år og hvilke uddannelsesting, der skal etableres for personer både herhjemme og forhåbentlig også lidt i udlandet, så på den måde – det opfatter jeg meget som lægelig ledelse”. (lægelig leder D)

Og omkring det at have et ledelsesansvar i relation til noget personale:

”...Jeg vil gerne skabe nogle rammer for de personer, som er nogle faglige kompetente personer, som de kan udvikle sig i, det er nok det, jeg helst vil, og det er nok det, der gør, at jeg kunne gå ind som afdelingslæge og blive leder fordi, jeg er jo ikke fuldstændig og tænker kun på, at (mit område) skal have alle ressourcer. Når jeg tager et ressourceproblem op i gruppen, så får de andre jo altid knoppede hår, hvis der går noget til det ene hjørne af sandkassen og ikke til det andet hjørne af sandkassen, og man skal prioritere et område frem for et andet – de synes kun, og sådan skal faglige folk, specialister også være, de skal elske deres ting og de skal kæmpe for det, men sådan én – superspecialist – kan man ikke have til at være leder af et så heterogent system, der skal du have lidt en generalist, som gerne vil se nogle andre få...(Lægelig leder D)

Og en lægelig leder fortæller om hvordan det der i første omgang har karakter af et ressourcespørgsmål dybest set handler om vedkommendes personlige ledelsesindsats:

”...Jeg vil gerne synliggøre fordelingen og jeg vil gerne, at folk forstår og accepterer måden, det er på. .. én gang om året, har jeg netop med forskningen lagt op til, at vi skulle diskutere, hvem skal have forskningsfri. P.t. er jeg i hvert fald meget indstillet på at have en diskussion om alle overlæger skal have fri til forskning, når det ikke er alle, der forsker. Jeg mener selvfølgelig, at dem der ikke forsker, de skal da ikke have fri til forskning – de forskerdage, de har i dag, de skal da over, så dem der forsker har endnu mere fri til forskning, men man skal have

en åben debat om det – det skal ikke være skjult – ikke det der med, at når folk sidder over for mig, så føler de hele tiden, jeg har et eller andet i ærmet på dagsordenen.” (Lægelig leder C)

Kategori 6: *den organisatoriske kompetence*; omhandler en fokus på at skabe nogle rammer for medarbejderne som betyder at det bliver muligt at etablere stillingssammensætninger der gør det muligt både at prioritere klinikken og forskningen.

”..jeg har også i ansættelse af de afdelingslæger, der har jeg været aktiv omkring den læge, som skulle have en halv universitetsansættelse ved forskning – der har jeg kunnet være formidler så den stilling – det er jeg gået meget ind i, ... altså det var vigtigt for den person at få forskning og fordi han primært i sin ansættelse havde haft forskning i halvdelen af sin tid. På grund af de stramme tider så blev han pludselig fuldtidsklinisk arbejdende og det gav nogle dårlige vibrationer, og han var sur og tvær og der var ikke det, der ikke var i vejen, og så var det mig meget magtpåliggende at få skabt en stilling for ham, som ville være god for ham og så fik vi – ja det var inspireret af et andet sted, hvor man lavede sådan en kombinationsstilling og hans gode kontakt til universitetet, så nu har han en halvtids- forskningsstilling og en halvtids- kliniskstilling ” (Lægelig leder D)

Det samme fænomen beskrives af en anden lægelig leder:

”og så måtte vi søge efter en overlæge og så kom der... så lavede vi den særlige konstruktion, at ham her, som også er overlæge nede på xxx afdeling, altså en helt anden afdeling, men som ligger tæt på vores, kom op her og er overlæge på halv tid og teamleder for denne her funktion, så det var sådan en særlig løsning.” (Lægelig leder B)

Konklusion analyse 2

Datamaterialet giver anledning til tre typer af konklusioner. Dels omkring det aktivitetsbillede som de lægelige ledere indskrifter sig i og den *specialeorienterede variation*, der kan identificeres hos de lægelige ledere, dels omkring de lægelige lederes *reaktion i forhold til pres*, dels omkring en *problemorientering frem for en målorientering* i relation til ledelsesaktivitetsbilledets.

Specialeorienteret variation

Som det fremgår af analysen er det ikke hensigten at fokusere på den enkelte leder og de aktivitetsmønstre der præger den enkelte leder. Men Figur 12 illustrerer, at der eksisterer ledelsesmønstre, der er knyttet til specialekultur og kompleksitet og klinikkens specifikke organisatoriske situation.

Dette afspejler sig også i leder Cs aktivitetsmønster. Leder C, som er lægelig leder af et meget prestigefyldt speciale (det placerer sig højt op ad den rangliste der præsenteres i figur xx) har en ledelsesadfærd, som er præget af mange diskussioner og afklaringer af magt- og statusforhold. Her omtales den lægelige medarbejderstab således:

”..det er jo folk med meget store egoer og en enorm selvtilid der bliver pillet ud og de værste af slagsen bliver så opsamlet herinde, så det er en helt speciel persontype...” (Lægelig leder C)

Figur 12 illustrerer derfor også, at Cs opgavevaretagelse er meget koncentreret omkring kategori 4: Bevidsthed omkring ledelse som disciplin, personaleansvar o.lign., teamkulturopbygning, afdelingsstridigheder, etc. Og det er samtidig karakteristisk for specialets kompleksitet, at korrektion af medarbejdernes adfærd opleves som et meget centralt element i ledelsesopgaven – fejl dosseringer og beregninger kan her have alvorlige livstruende konsekvenser.

Men også leder B har et aktivitetsmønster, der er knyttet til nogle organisatoriske forudsætninger. Her fokuseres der meget på kategori B: Bevidstheden omkring lægelig defineret kvalitet i behandling og pleje. Også dette speciale ligger højt placeret på den lægelige specialemæssige ”rangstige”, og det ledelsesbillede, som der tegner sig, er præget af en høj grad af eksplicitering og detaljering i forhold til det lægelige arbejde. Der fokuseres således på akkrediteringsarbejde, kontrol i forhold til kvalitetssikring, kontrol af kliniske vurderinger ved morgenkonference og kvalitetsudvikling.

Leder D er ansvarlig for et speciale med en mindre grad af lægelig status. Det er et bredt speciale, og det er karakteristisk, at denne lægelige leder har en tilsvarende bred forankring, og generelt fordeler leder Ds aktivitetsbillede sig på alle kategorier.

Reaktion i forhold til pres

Analysen illustrerer at de lægelige ledere i relation til deres daglige ledelseshandlinger primært er orienteret mod en type af opgaver, hvor der finder pres sted fra flere sider. Figur 13 viser hvor mange omtaler en given aktivitet har fået. Den mest dominerende opgavetype er således kategori 5:

Personaleledelse. Managementuddannelse defineres ganske vist ikke som en selvstændig kategori

under de overordnede styringskrav, men nævnes dog i forbindelse med kvalitetssikring. Men personaleledelsesopgaven er tydelig i de stillingsbeskrivelser, som konkretiseres af direktion og centerdirektører i den lokale organisation og i de driftskrav, som stilles ”nedefra” fra afdelingens side. Denne bevidsthed omkring personaleledelse udgør som beskrevet i den tidligere analyse et meget centralt brud med, hvad der traditionelt har præget den administrerende overlæges rolle.

Figur 13: Analysemodel

Overordnede styringskrav i relation til den lægelige ledelsesopgave	De organisatoriske krav i relation til den lægelige ledelsesopgave	Krav fra produktionssiden i relation til den lægelige ledelsesopgave
Markedsorientering: Lav prioritering, 0 omtaler		
Økonomisk styring: Middel prioritering, 7 omtaler		
Kvalitetssikring: Høj prioritering; 12 omtaler		
Patientorientering: Middel prioritering: 7		
	5) Personaleledelse: Meget høj prioritering; 32 omtaler	
	6) Organisatorisk proceskompetence Høj prioritering; 14 omtaler	

Andre analyser (Bentsen 1997) bekræfter, at et samlet billede af ledelsesaktivitet domineres af aktiviteter, som der stilles krav om fra flere sider, og at nære, konkrete pres som optræder i dagligdagen enten via medarbejdere eller lokal ledelse slår igennem. Modsatrettet pres imødekommes ved dekobling (Brunsson 1986) fra krav, som ikke kan honoreres. Dette billede ses også i de lægelige lederes adfærd. Mulighed for ændret opgavesammensætning optræder udelukkende som et statsligt og meget overordnet styringskrav, og når der hverken fra organisatorisk side eller fra produktionsside stilles tilsvarende krav, optræder der i dagligdagen ikke indikatorer (fx problemer), som medvirker til en fokus på en sådan opgave. Dette gør sig tilsvarende gældende for bevidstheden omkring inddragelse af patienter i beslutningsprocesser. Her ses også en meget lav grad af ledelsesaktivitet – det er en aktivitet, som forekommer at være meget abstrakt, og den er ikke koblet til et problem i dagligdagen.

Problemorientering frem for målorientering

Det er tydeligt at en ”problemdefinition” spiller en afgørende rolle for aktivitetsbilledet. De lægelige ledere taler om, at personaleledelse får en afgørende betydning, fordi de dagligt konfronteres med

specifikke personaleproblemer, som kræver hurtige løsninger. Flere af de lægelige ledere beskriver dette:

”Vi er godt nok en af de større klinikker, men det er et utroligt stort sygeplejepersonale, der er her xxx og det betyder, at jeg er gået ind på et tidligt forløb af mit klinkledelse og har måttet tage vare om ledelsesproblemer i sygeplejerskegruppen – for der var virkelig i den klinik, jeg nu fik – store sygeplejemæssige, ledelsesmæssige problemer..” (Lægelig leder D)

“Vi havde en xxx klinik – der kom to overlæger ind fra xxx, og den ene var værre end den anden og de gik jo i pressen og jeg måtte også i pressen og der var virkelig åbent slagsmål, men så rejste de – heldigvis – begge to og så måtte vi søge efter en overlæge og så kom der... så lavede vi den særlige konstruktion, at (en given overlæge fra en anden afdeling)..., kom op her og er overlæge på halv tid og teamleder for denne her funktion, så det var sådan en særlig løsning.” (Lægelig leder B)

Problemoplevelsessituationen går igen i det fokus, der er på bevidstheden omkring sammenhæng mellem indtægter og udgifter. Caseorganisationen, Rigshospitalet i København, havde i perioden 1996 til 1997 store økonomiske vanskeligheder, og det er tydeligt, at fyringssituationer og nedskæringer efterlader lederne med stort fokus på økonomiske forhold. Dette beskrives tidligere i ”Nutella-situationen”, og det fremgår af flere interview at ”.. nu har vi jo været igennem processen med økonomi og alt det der” (Lægelig leder B), og at tiden derfor er moden til at kunne tage fat på andre projekter.

Også på den sidste større aktivitetskategori: *Patientorientering* ses problemoplevelsessituationen som et afgørende element. Her beskriver en lægelig leder hvordan en patientklage medfører ledelsesmæssig aktivitet:

”Det var fejlkommunikation mellem et forældrepar og en afdelingslæge – der er ikke sket noget fatalt, men forældrene føler sig dårligt behandlet, og da har jeg så snakket både med den involverede læge og med hans overlæge, og nu har centerdirektøren så bedt mig om at lave en beskrivelse af forløbet.” (Lægelig leder D)

Men også kategorien ”Kvalitetssikring” får en omtalegrad, der tyder på en prioritering af dette område, og som indikerer, at det er ikke kun en problembaseret, men også en grundlæggende socialisering i den lægelige verden, der spiller en afgørende rolle.

” Vores vision er jo, at det skal være den bedste xxx afdeling, og den er jo godt at være på sådan en afdeling. Dem vi henter her er jo de fagligst stærkeste xxx, så vi har jo sådan en superiority feeling her at de andre afdelinger ikke kan finde ud af det .. så den kører vi efter og den er jo rar at have et eller andet sted den ballast.” (Lægelig leder B)

Visionen om at være den ”bedste” afdeling i Danmark på dette område er båret af en stærk lægelig kultur der fokuserer på det elitære og det rent medicinske.

Konklusion: Lægelig ledelse – mod nye tider

De to analyser viser tilsammen et billede af en lægelig ledelsesrolle, der er under gradvis forandring. Den første analyse illustrerer, hvordan mønstret i de kulturelle kategorier, den sociale struktur og rutinerne i den meget institutionaliserede og forandringsresistente organisation som sygehuset afløses af nogle nye kognitive rammer. Disse rammer betyder, at de studerede ledere gradvist bevæger sig mod en højere grad af afdelings- og klinikkategorisering, som på sigt kan erstatte den meget stærke og dominerende faggruppeorientering og specialorientering. De sociale strukturer er også under gradvis forandring. Fra at de lægelige ledere var ledere af et udpræget kollegialt system, hvor ledelses og styring kunne være illegitimt, bliver en eksplicitering og accept af ledelsesrollen mere tydelig. I forhold til rutinerne ses, at den høje grad af autonomi og forkærligheden for det akutte arbejde nu via ledernes præcisering konfronteres med en højere grad af kontrol og fokusering på detaljer.

Analysen illustrerer i relation til en kulturel diskussion, at ledelse i dette system er betinget og domineret af specialekulturelle karakteristika. Det er specialekulturer, der har et afgørende fokus på og tradition for fx kommunikation, interne faglige konflikterende diskussioner, teknologianvendelse og karrieremønstre og den socialisering, der foregår i specialet over senere indflydelse på den lægelige ledes udfyldelse af ledelsesrollen.

I forhold til aktivitetsmønstret er de fortolknings- og oversættelsesprocesser, der ledsager ledelsesaktivitetsmønstret, i høj grad problembaserede, og problemerne defineres ud fra et paradigme, der omfatter nye forståelser af organisationens "raison d'être", værdier omkring organisatoriske struktureringsprincipper og evalueringskriterier (Hinings og Greenwood 1987). Fejlkommunikation er et område, som man tager sig af og bruger tid på, økonomi er blevet et vigtigt område, pressen spiller en rolle for definitionen af problemer, og sygeplejeproblemer af personlig karakter kan være afgørende for hele afdelingens funktion.

Samlet set underbygger dette billede af ledernes aktivitetsmønster, at lægerne generelt formår at kombinere og forholde sig til både lægelige og ledelsesmæssige problemstillinger igennem deres aktivitetsmønster, og at disse to tilgange til ledelsessituationen ikke nødvendigvis, hvad der ellers traditionelt fremgår af noget ældre litteratur på området (Jørgensen & Melander 1992; Boland & Tenkasi 1995), er vanskelige at forene. Llewellyn (1998) reference til en "two way window" ledelsessituation, hvor der kreeres et nyt ekspertiseområde, medicinsk ledelse, kan således også identificeres i dette studie.

De forskellige typer af pres og krav, som de lægelige leder gennem deres aktivitetsmønstre forholder sig til, afspejler også en ændringssituation. Som tidligere beskrevet er krav omkring personaleudvikling og ledelsesfokusering samt økonomisk tilpasning, krav som er nye i den forstand, at de i langt højere grad end kravene omkring den lægelige kvalitet i behandlingen og fokus på patientsituationen igennem de senere år er ekspliciteret. Den traditionelle overlægerolle har også tidligere fokuseret på lægefaglig kvalitet og patientbehandling, og de lægelige ledere, der indgår i dette studie optræder derfor på enkelte måder som "change agents" og repræsenterer, hvordan ledelsesmæssige fortolkninger og beslutninger også kan være medvirkende til at skabe strukturelle ændringer (Ranson et al. 1980).

Det skal dog bemærkes, at datagrundlaget er spinkelt i forhold til mere overordnede og generaliserbare konklusioner. De lægelige ledere i dette studie er udvalgt og er måske tidligere innovatører. Der er ikke data i dette studie, som indikerer, hvorvidt der er tale om en generel tendens. Det samlede ledelsesbillede indikerer dog en bevægelse bort fra et tidligere paradigme, og det er bevægelsen og ikke repræsentationsspørgsmålet, der er det centrale element her.

Referencer:

Abbott, A. (1988) *The Systems of Professions*. Chicago: University of Chicago Press.

Adizes, I. (1979) *Lederens Faldgruber*. København. Børsen

Becker, Geer, Hughes & Strauss (1997) *Boys In White- Student Culture in Medical School*, The University of Chicago Press.

Bentsen, E. Z. (1996) *Sygehusledelse i et institutionelt perspektiv – en analyse af trojkaledelsesmodellens opståen, spredning og funktion*. Ph.D. afhandling, HHK København.

Bentsen, E. Z. (1997) Ledelsesstrukturer og deres rationaler – en historisk forståelsesramme i Hildebrandt og Schultz (red) *Fokus på Sygehusledelse*. København: Munksgaard.

Bentsen, E.Z. (1999) Trojkaledelse i Danmark – linedans for et blandet publikum i Bentsen, E.Z. & F. Borum, G. Erlingsdottir, K. Sahlin-Anderson (red) *Når styringsambitioner møder praksis*. København: Handelshøjskolens forlag (221-242).

Bentsen, E.Z. & F. Borum (2001) Legitimering i et konfliktfyldt felt – en topledelses håndtering af en radikal organisationsændring. *Nordiske Organisasjonsstudier*. 3(1) 5-31.

Bentsen, E.Z. & F. Borum, G. Erlingsdottir, K. Sahlin-Anderson (red) (1999) *Når styringsambitioner møder praksis*. København: Handelshøjskolens forlag.

Berger, P. L. & T. Luckmann (1967) *The Social Construction of Reality*. New York: Penguin Books.

Blomgren, M. (1999) Resultatansvarets betydelse för sjuksköterskornas professionalisering i Bentsen, E.Z. & F. Borum, G. Erlingsdottir, K. Sahlin-Anderson (red) *Når styringsambitioner møder praksis*. København, Handelshøjskolens forlag (171-197).

Blumer, H. (1969) *Symbolic Interactionism Perspective and Method*. University of California Press Ltd.

Blomquist, H. (1993) Staten og lægeprofessionen i P. Ingeman (red) *Forvaltningshistorisk antologi*. København: Jurist- og Økonomforbundets Forlag.

Boland & Tenkasi (1995) Perspective Making, Perspective Talking. *Organization Science* (6) 350-72

Brunsson, N. (1986) Organizing for Inconsistencies: On Organizational Conflict, Depression and Hypocrisy as Substitutes for Action. *Scandinavian Journal of Management Studies*. May.

Cooley (1956) *Human Nature and the Social Order*, Glencoe, Ill. Free Press

- DiMaggio, P.J. (1997) Culture and cognition. *Annual Review of Sociology*. 23: 263.
- DiMaggio, P.J. & W. Powell (1991) *The New Institutionalism in Organizational Analysis*. Chicago: University of Chicago Press.
- DSI (1999) *Organisations- og medarbejderudvikling på sygehuse. Evaluering af SUS-projektet*. Nr. 99.04, Randers: Grafisk Produktion.
- DSI (1994) *Arbejdstilrettelæggelse på sygehusene: En interviewundersøgelse*. Nr. 94.11 DSI forlaget.
- Eriksen, H. & H. Ulrichsen (1991) *Tre kulturer i hospitalssektoren*. København: Handelshøjskolens Forlag.
- Fiol, Harris & House (1992) Charismatic leadership: Strategies for effecting social change. *Leadership Quarterly*.
- Freidson, E. (1970) *Professional Dominance: The Social Structure of Medical Care*. Chicago: Aldine.
- Freidson, E. (1994) *Professionalism Reborn – Theory, Prophecy and Policy*. London: Polity Press.
- Georgopoulos, B.S. (1972) The Hospital as an Organization and Problem-Solving System i Basil S. Georgopoulos (ed.) *Organization Research on Health Institutions*. Ann Arbor: Institute for Social Research, University of Michigan.
- Giddens, A. (1984) *The Constitution of Society*. Cambridge: Polity Press.
- Glaser, B.G. (1992): *Basics of grounded theory analysis*. Mill Valley: Sociology Press.
- Greenwood, R. & B. Hinings (1988) Organizational Design Types, Tracks, and the Dynamics of Strategic Change. *Organization Studies*. 9/3: 293-316.
- Hersey, P. & K. Blanchard, (1988) *Management of Organizational Behavior: Utilizing Human Resources*. Engelwood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- Hinings B. & R. Greenwood (1987) The Normative prescription of organizations i *Institutional patterns and organizations*. Lynne G. Zucker (ed.). Chicago: Ballinger, 53-70.
- Hoff & McCaffrey (1996) Adapting, Resisting and Negotiating – how psycians cope with organizational and economical change. *Work and Occupation*,
- Hugemark, A. (1995) *Den fängslade marknaden*. Lund: Arkiv förlag.
- Hughes (1939) The Ecological Aspect of Institutions. *American Sociological Review* 1:180-189

- Jepperson, R. L. (1991) Institutions, Institutional Effects, and Institutionalism i Powell, W. & P. J. DiMaggio (Eds.) *The New Institutionalism in Organizational Analysis*. Chicago: University of Chicago Press.
- Jespersen, P. K. (1996) *Bureaukratiet - magt og effektivitet*. København: Jurist- og Økonomforbundets Forlag.
- Jørgensen, T. B. & P. Melander (red.) (1992) *Livet i offentlige organisationer*. København: Jurist- og Økonomforbundets Forlag.
- Kristensen, P.H., P. Kjær & D. Reinholdt Hansen (2000) Ledelse, autoritet og moderniseringsstrategi: 18 teser om det industrielle ledelsesfelts historie i Danmark i M. Rostgaard & M.F. Wagner: *Lederskab i Dansk Industri og Samfund 1880 – 1960*. Aalborg: Aalborg Universitetsforlag, 23-60.
- Lampou, K. & B. Andersson, (1999) *Studier i sjukvårdsorganisation. Om ekonomistyrning, ledarskap och förändring inom svensk sjukvård*. Uppsala: Uppsala Universitet.
- Letvall og Lampou (1995) *Några aspekter på förverkligandet av PAL-reformen inom sjukvården*. Working Paper. Working Papers, Department of Business Studies, Uppsala University.
- Lindén, L. & E.B. Madsen (2000) *Klinikchefen i lederrollen*. MPA jan. 2000. Handelshøjskolen i København.
- Lindermann, G. & C. Palmhøj Nielsen (2000) *Medicinsk centerdannelse i H:S – forandring eller status quo?* FLOS arbejdsrapport 2-2000.
- Llewellyn, S. (1998) *Clinicians as medical-managers*. Paper presented at 16th Annual Association of Management, Healthy Care Division, Chicago, Illinois, USA, August 1998.
- Llewellyn S. (2000) *Two-way Windows. Clinicians as Medical-Managers*. Paper presented at the 16th EGOS Colloquium: Organisational Praxis in Helsinki, Finland, Sub- Theme no. 10: "Dynamics of Profession-Dominated Organizational Fields.
- Lord & Kernan (1987) Scripts as Determinants of Purposeful Behavior in Organizations. *Academy of Management Review* 12:265-277.
- March J.G. & J.P. Olsen (1976) *Ambiguity and Choice in Organizations*. Oslo: Universitetsforlaget.
- March, J.G. & J.P. Olsen (1989) *Rediscovering Institutions – The Organizational Basis of Politics*. New York: The Free Press.
- Martin, J. (1992) *Cultures in Organizations*. New York: Oxford University Press.
- Mintzberg H. (1973). *The nature of Managerial Work*. Engelwood Cliffs, NJ Prentice Hall.

- Mintzberg, H. (1977) *Structures in Fives*. Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice-Hall.
- Molin, J. (1995) Organisationsformer og frivillighed - tre sociologiske perspektiver i Molin, J. & S. Christensen (eds.) *I den gode sags tjeneste - frivillige organisationer i Danmark*. København: Handelshøjskolens Forlag.
- Mouritsen, J. (1997) *Tællelighedens regime – Synlighed, ansvarlighed og økonomistyrning gennem mål og rammer i stadslige institutioner*. København: Jurist- og Økonomforbundets Forlag.
- Parson (1937) *The Structure of Social Action*. New York: McGraw-Hill.
- Pedersen, A. Reff (1999) *Den udfoldende praksis*. Ph.D. afhandling, Roskilde Universitetscenter.
- Powell, W. & P.J. DiMaggio (1992) *The New Institutionalism in Organizational Analysis*. Chicago & London: The University of Chicago Press.
- Ranson, S. et al. (1980) The structuring of Organizational structures. *Administrative Science Quarterly* 25:1-17
- Regeringen (1999) *Regeringens oplæg til Strategi for sygehuspolitikken 2000-2002*.
- Røvik, K.A. (1998) *Moderne organisasjoner*. Bergen-Sandviken: Fagbokforlaget.
- Sahlin-Andersson, K. (1996) Imitating by Editing Success, i Czarnaiwska, B. & G. Sevón (Eds.) *Translating Organizational Change*. Berlin: de Gruyter (69-92).
- Sahlin-Andersson, K. (1999) I mötet mellan reform och praktik, i Bentsen, E.Z., F. Borum, G. Erlingsdóttir & K. Sahlin-Andersson: *Når styringsambitioner møder praksis*. København: Handelshøjskolens forlag (293-311).
- Schank & Abelson (1977) *Scripts, Plans, Goals, and Understanding*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Schein, E.H. (1994) *Organizational Culture and Leadership. A Dynamic View*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Scott, R. W (1995) *Institutions and Organizations*. London, Sage.
- Scott, R.W. & J. W. Meyer (1994) *Institutional Environments and Organization*. London: Sage Publications.
- Singh, J. V., R.J.House & D.J. Tucker (1986) Organizational change and Organizational Mortality. *Administrative Science Quarterly* 31: 587-611.

Strauss A. S. Fagerhaugh, B. Suczek & C. Wiener (1997) *Social Organization of Medical Work*. New Jersey: Transaction Publishers.

Strauss, A.L. & J.M. Corbin (1998) *Basics of Qualitative Research : Techniques and Procedures for Developing Grounded Theory*. 2.ed. California: Thousand Oaks.

Straus, A.L., S. Fagerhaugh, B. Suczek & C. Wiener (1997) *Social organization of medical work*. New Brunswick: Transaction.

Swidler (1986) Culture in action: Symbols and Strategies. *American Sociological Review* 51:273-286.

Veblen (1909) The Limitations of Marginal Utility. *The Journal of Political Economy* 17:235-245

Vrangbæk, K. (1999) New public Management i sygehusfeltet – udformning og konsekvenser, i Bentsen, E.Z. & F. Borum, G. Erlingsdottir, K. Sahlin-Anderson (red) ”*Når styringsambitioner møder praksis*” København, Handelshøjskolens forlag. (33-56).

Östergren, K. & K. Sahlin-Andersson (1998) *Att hantera skilda världar*. Stockholm: Landstingsförbundet.

Oversigt over FLOS publikationer

Forskningsrapporter

- Nr. 1 – 1999 Centerstrukturen på Rigshospitalet. En analyse af organisatoriske og ledelsesmæssige aspekter
Finn Borum & Eva Zeuthen Bentsen
- Nr. 2 – 2001 Lægelig ledelse
- om at gøre en forskel
Eva Zeuthen Bentsen

Arbejdspapirer:

- Nr. 1 - 1999 Politikdannelse og organisering i det danske sygehusfelt
- en succes med dårligt omdømme?
Peter Kragh Jespersen & Hanne Sognstrup
- Nr. 2 – 2000 Medicinsk centerdannelse i H:S
- forandring eller status quo?
Gitte Lindermann & Camilla Palmhøj Nielsen
- Nr. 3 – 2000 Fra trojkamodell til entydig ledelse. En analyse af debatten om ledelsesmodeller i sygehussektoren med fokus på Århus Amt
Sidsel Vinge
- Nr. 4 – 2000 Legitimitet som eksistensvilkår
- når topledelsen tilskriver rationaler til strukturer
Eva Zeuthen Bentsen & Finn Borum

Working Papers:

- No. 1 – 1999 Ascribing Rationales to Concepts: Opening and Closing Windows of Opportunities at a University Hospital
Finn Borum
- No. 2 – 2000 Professional Societies as Change Agents:
The Danish Medical Societies' Creation of the
'Function-Bearing' Unit
Finn Borum

Publikationerne kan bestilles på FLOS hjemmeside <http://www.flos.cbs.dk>